

Ventelistegarantien etter implementering av samhandlingsreformen



Universitetet i Oslo
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 717

Leveringsfrist: 25.04.11

Til sammen 16 588 ord

20.04.2011

Innholdsfortegnelse

1. <u>INNLEDNING</u>	1
1.1 Problemstillingen.....	1
1.2 Avgrensning av oppgaven.....	2
1.3 Rettskilder og metode.....	2
1.4 Historikk.....	3
2 <u>VENTELISTEGARANTIEN</u>	5
2.1 Hvordan fungerer ventelistegarantien idag	5
2.2 Pasientrettigheter ved vurdering.....	6
2.3 Prioritering ved vurdering.....	6
2.4 Vurdering ved hjelp av prioriteringsveiledere.....	7
2.5 Hvorfor og hvordan brukes prioriteringsveilederen.....	8
2.6 Vurdering og behandling av alvorlig syke pasienter.....	8
2.7 Henvisning av rusmiddelmisbrukere.....	9
2.8 Behandlingsfrist for barn og unge under 23 år med psykiske problemer og rusmiddelavhengighet.....	9
2.9 Barnevern.....	10
2.10 Ved behov for øyeblikkelig hjelp.....	10
2.11 Klage på vurderingen	12
2.12 Informasjon til pasientene.....	12
2.13 Medvirkning	14
2.14 Samtykke.....	16
2.15 Journalinnsyn.....	17
2.16 Frist for når behandling påbegynnes	17
2.17 Ventelisteregistrering.....	17
2.18 Fristbrudd	19
2.19 HELFO Pasientformidling ble opprettet fra 1.januar 2009 som rette instans for oppfylling av rett til helsehjelp ved fristbrudd.....	19
2.20 Media.....	21
2.21 Fritt sykehusvalg.....	21
2.22 Behandling i utlandet.....	21
2.23 EØS.....	23
2.24 Klage på avslag på behandlingstilbud i utlandet.....	23

2.25	Fornyhet vurdering.....	24
3	<u>FORSVARLIG BEHANDLING</u>	25
4	<u>INDIVIDUELL PLAN</u>	27
5	<u>VENTELISTEGARANTIE - KONSEKVENSER FOR DEN ENKELTE PASIENT OG FOR SAMFUNNET</u>	29
6.	<u>SAMHANDLINGSREFORMEN</u>	29
6.1	Bakgrunn.....	30
6.2	Behovet for en samhandlingsreform – problemforståelsen.....	31
6.3	Koordinerte tjenester.....	31
6.4	Pasient- og brukerombud, kontaktperson.....	34
6.5	Begrense og forebygge sykdom.....	35
6.6	Demografisk utvikling vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.....	37
7	<u>FINANSIERING AV HELSETJENESTENE</u>	38
7.1	Kommunal medvirkning til finansiering av spesialisthelsetjenesten.....	40
8	<u>SPESIALISTHELSETJENESTEN I UTVIKLING</u>	42
8.1	Kontroll og styring.....	43
8.2	Regjeringen har lagt opp til en offensiv satsing på samhandlings-reformen både i forhold til nye samhandlingsreformer og lovforslag. Viser i sin helhet til forslagene i Prop.1S (2010 – 2011) for budsjettet i inneværende år.	44
9	<u>HØRINGSNOTAT – FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV</u>	45
10	<u>HØRINGSNOTAT – FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV</u>	50
11	<u>REGJERINGENS FORSLAG TIL NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN (2011 – 2015)</u>	51
12	<u>VURDERING/ KONKLUSJON</u>	52
	<u>LITTERATURLISTE</u>	53

1. INNLEDNING

1.1 Problemstillingen

Kunnskap om helsehjelp har blitt mer aktuelt i de senere år, både for den enkelte person som blir berørt og som et politisk og samfunnsengasjerende tema. Ventelistegarantien er et viktig virkemiddel for å få rask og riktig helsehjelp til rett tid. Denne oppgaven skal omhandle hvordan den fungerer, og belyse de utfordringene den er for pasientene og for samfunnet forøvrig.

Ventelistegarantien er en rettighet som ble nedfelt i lov om pasientrettigheter av 2.juli.Nr. 63. 1999 og som trådte i kraft 1.januar 2001. Den har ikke alltid vært slik den er idag. Fylkeskommunen hadde ansvar for drift og utbygging av sykehus jfr, sykehusloven av 1969. Behandling og opphold på sykehus ble dekket innfor det enkelte fylke , og fylkeskommunen fikk rammetilskudd fra staten.¹

I 1970 og -80 årene var den enkelte pasient bundet til det fylket vedkommende var bosatt, men kunne få behandling i et annet fylke ved at det ble foretatt et gjestepasientoppgjør mellom de to fylkeskommunene.

I 1990 kom forskrift om ventelisteregister og i 1997 forskrift om ventetidsgaranti. Pasienter som var omfattet av «garantibestemmelsene» på henholdsvis seks og tre måneder fikk en viss rett til behandling ved andre sykehus enn i bostedsfylket.²

Med den nye pasientrettighetsloven av 1999, og endringslov av 12.desember 2003 nr. 110, ble rettigheten til fritt sykehusvalg styrket idet private sykehus også kunne pålegges plikter med ventelister og annen registrering.³ Pasienten kan i hovedsak velge det sykehus en foretrekker og disse bestemmelsene har helt klart vært med på å styrke pasientenes materielle rettigheter.

Stortingens har i april 2010 vedtatt en ny helseorganisering, Samhandlingsreformen⁴, der rett behandling på rett sted til rett tid er hovedmålet. Kommunene skal i større grad enn idag samhandle med spesialisthelsetjenesten for å kunne gi kommunens innbyggere bedre helsehjelp.

¹ Kjønsstad (2007) s.80 - 81

² Kjønsstad (2007) s. 119 - 120

³ Syse (2009) s.231 – 232

⁴ Ibid kap. 6

Utfordringene med denne nye reformen, sett i forhold til *ventelistegarantien*, er den ressursbruken spesialistene på sykehusene må bruke på kommunenivå, og den forventede fordelingen av de økonomiske ressursene mellom kommune og helseforetak. Det vil antagelig påvirke de materielle rettighetene pasientene har til helsehjelp.

1.2 Avgrensning av oppgaven

I den første del av oppgaven er temaet i hovedsak ventelistegarantien og dens berøringspunkter innen helseretten. Retten til helsehjelp forøvrig vil ikke bli behandlet.

Samhandlingsreformens virkning, spesielt på spesialisthelsetjenesten og ventelistegarantien, er hovedsaken i siste del av oppgaven. Administrative tiltak, finansiering av helsetjenester og forslag til de enkelte helsetiltak som underbygger ventelistegarantien, blir beskrevet.

Regjeringens forslag til to nye lover, høringsnotatet til lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste (som gir utfyllende forslag til det juridiske grunnlaget for reformen) og høringsnotatet til ny folkehelselov blir drøftet og omtalt. Nevner også kort om innholdet i ny Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015), som pr. 1.april 2011 ikke er lagt fram for Stortinget.

1.3 Rettskilder og metode

For å belyse rettsgrunnlaget i første del av oppgaven er det brukt gjeldende lover innen helseretten. Forarbeider til lovvedtak er brukt for å belyse problemstillingen. Det forekommer lite rettspraksis fra det ordinære rettssystemet, men det finnes to dommer fra RT.1981 s.728 (der det var spørsmål om informert samtykke i forbindelse med operasjon og mor ble ikke informert om risikoen ved operasjonen), og i skadeerstatning, RT 1998 s. 1538 (der det var spørsmål om informert samtykke til pasienten i forbindelse med operasjon utført av helsepersonell). Og en dom, Fusa-dommen, RT 1990 s.874, i forhold til minste standard helsehjelp i kommunehelsetjenesten. Disse dommene blir ikke nærmere kommentert i oppgaven. Det blir lagt vekt på å vurdere om pasientenes materielle rettigheter blir ivaretatt etter dagens praksis, og eventuelt om det vil bli det etter reformen.

I den siste del av oppgaven er rettskildene hentet fra regjeringens høringsutkast til to

nye lover. Disse foreligger bare som høringsutkast pr. 1.april 2011. Som løpende rettskilder foreligger det nå pr. 8.april 2011 to innstillinger fra departementet til Stortinget, som gjelder disse to høringsutkastene.

1.4 Historikk

Pasientenes rettigheter, før pasienrettighetsloven ble innført, var regulert i henhold til lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene § 2-1 første ledd. Da hadde enhver rett på nødvendig helsehjelp i den kommune der han bodde eller midlertidig oppholdt seg. Ifølge lovforarbeidene var denne retten i utgangspunktet begrenset av hva tilgjengelige ressurser kunne gjøre mulig.⁵

Lov av 19. juni 1969 om sykehus m.v. inneholdt ikke en generell rett til nødvendig helsehjelp. Men lovens § 6 inneholdt en plikt for sykehus og fødehem til å yte øyeblikkelig hjelp. Bestemmelsen fungerte i praksis slik, at den skulle gi potensielle pasienter et rettskrav som korresponderte med institusjonens plikt. Pasienten hadde således et rettskrav på øyeblikkelig hjelp.⁶

I forarbeidene ⁷ til pasientrettighetsloven ble det uttalt, at mange pasienter opplever i liten grad å ha kunnskap om egne rettigheter. Det er ikke enkelt for den enkelte pasient å få god oversikt når rettighetene er spredt på flere lover. Dette mente en å kunne bøte på med en mer samlet lovgiving, der informasjonen skulle bli mer forståelig. Pasienten ville også få en trygghet og styrke sin stilling i forhold til helsetjenesten.

Videre i forarbeidene er det ytret et ønske om at den nye loven skal kunne gi forutsigbarhet for pasienten og dermed gi tillit til helsevesenet. Rettighetsaspektet blir også forklart med igangsetting av flere virkemidler, slik som fastlegeordningen og bedre organisering av sykehusene, samt økonomiske virkemidler som bl.a. innsatsstyrt finansiering og takster for poliklinisk behandling.

Departementet hadde i tillegg ytret det synspunkt at de formelle rettighetene var viktigst for pasienten, idet saksbehandlingen skal ivareta bl.a. vern mot overgrep, sikre pasientens integritet, sikre forsvarlig medisinsk behandling og saksbehandlingen for tildelingen av nødvendige helsetjenester. Det ble også vurdert de materielle rettigheter,

⁵ A.Kjønstad (2007) s.86, 156 – 157.

⁶ A.Kjønstad (2007) s. 80 – 81.

⁷ Forarbeidene til pasientrettighetsloven. Ot.prp. nr. 12 (1998 – 99) pkt. 2.16

slik som en spesiell behandling. Men rettighetene kan være både skjønnsmessige og regelbaserte, når det gjelder vilkårene og ytelsene.

Et viktig kjennetegn for rettigheter, er at de kan prøves for en domstol. Det kan da tyde på at selve utformingen av de generelle rettigheter i loven er årsaken til at det ikke foreligger domsavgjørelser i forhold til ventelistegarantien. Dette vil bli nærmere belyst senere i oppgaven.

I forarbeidene ble det påpekt at rettighetsfesting er et gode for pasienten ved større trygghet for sin helsesak, og det ble også vurdert at skjønnsmessige tilfeller ville kunne kreve store ressurser av helsepersonell som heller burde brukes til å behandle pasienter. Departementet mener at de formelle rettigheter vi være mer til gunst for den enkelte pasients rettighet. Videre vil skjønnsmessige rettigheter stå i fare for å tape der pasienten har diffuse lidelser sett i forhold til de pasienter som har sykdommer som er lettere å diagnostisere.

I løpet av de siste årene har flere «helselover» sett dagens lys. De viktigste, for å nevne noen, er lov om helseforetak av år 2001, helseregistre av 2001, medisinsk forskning av 2008 og innføringen av fastlegeordningen av 2000. Årsaken til dette fokus på helse og rettigheter er ikke nytt, men det har i liten grad vært regulerte pasientrettigheter i lovs form tidligere.

St.meld. nr. 50 (1993 – 94) var et lovutkast for en bedre helsetjeneste. Lovutkastet ble vurdert av departementet i NOU 1992:8. Årsaken til at det ble forkastet var i hovedsak den, at de alvorlig syke skulle prioriteres uansett effekt. Det kunne gå på bekostning av de pasientene som også hadde behov for helsehjelp, men som hadde noe mindre alvorlige lidelser. Disse pasientene ville kanskje måtte ty til private tjenesteytere for helsebehandling for ikke å måtte vente for lang tid på behandling. Det var heller ikke ønskelig å lovfeste de foreslåtte tidsfristene for behandling, og med lovutkastet ville resultatet kunne bety en svekkelse av kommunenes mulighet til lokal styring.

Regjeringen Brundtland gikk ikke inn for lovutkastet i NOU 1992 og foreslår i St.meld. nr. 50 (1993-94), at nødvendig spesialisthjelp skulle begrenses til det den økonomiske situasjon, tilgang på helsepersonell og utstyr til enhver tid gjorde mulig.

Sosialkomiteen som ga sin tilslutning i Innst. S. nr. 165 (1994-95) så ikke forslaget om forbehold om ressurssituasjonen som noen konkret rettighet for pasientene. Retten til

behandling burde etter komiteens vurdering få sterkere fokus, men ga støtte til forslag om retten til ny vurdering og til å kunne velge sykehus på samme behandlingsnivå og innen samme helseregion og i nabofylker. Komiteen kom også med forslag om at ventetidsgarantien skulle vurderes som en pasientrettighet og komme med i den nye pasientrettighetsloven.⁸

2 VENTELISTEGARANTIEN

2.1 Hvordan fungerer ventelistegarantien idag

Pasientene blir henvist av sin lege for vurdering om behandling er nødvendig. De pasientene som har alvorlig sykdom (rettighetspasient) vil bli vurdert medisinsk i forhold til om de oppfyller vilkårene for nødvendig helsehjelp. De momentene som brukes ved avgjørelsen er om pasienten har god nytte av den helsehjelp som kan gis og at kostnaden skal stå i rimelig forhold til den behandling som gis. Disse prioriteringskriteriene ble utarbeidet av Lønning II utvalget og som sosialkomiteen bestemte skulle ligge til grunn for bestemmelsen i 1999.⁹

Spesialistene innen det aktuelle fagområdet er de som foretar den nødvendige avgjørelsen om det foreligger behov for behandling av spesialisthelsetjenesten. Kriterier for avgjørelsen inneholder momenter som dårligere prognose, betydelig nedsatt livskvalitet, forverrelse av pasientens tilstand, og muligens forspillelse av behandlingsmulighetene senere dersom behandling utsettes, jfr. prioriteringsforskriften §2 til pasientrettighetsloven.

Pasienter som har blitt henvist til spesialistbehandling på sykehus, poliklinikk eller til rusbehandling etter pasientrettighetslovens §2-4, har etter samme lovs §2-2 rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. Enten blir det fastsatt en frist for når behandling skal igangsettes og pasienten blir satt opp på en venteliste, eller det må innhentes flere opplysninger før vurdering kan taes og pasienten kan bli innkallt til undersøkelse.

Dersom pasienten lider av en alvorlig sykdom, har denne rett til raskere vurdering og behandling. Det samme gjelder for barn og unge under 23 år som har rusproblematikk eller psykisk sykdom, (jfr. pkt. 2.8 i oppgaven).

⁸ Syse (2009) s. 50 - 51

⁹ Syse (2009) s. 141

2.2 Pasientrettigheter ved vurdering

Pasientens rettigheter ved vurdering skal medføre at denne får en tilbakemelding fra spesialisten , og også en reell medisinske vurdering av helsetilstanden. Både gjennom forvaltningspraksis og i Ot.prp. Nr 63 (2002 – 2003) blir innholdet til vurderingen tydeliggjort. I realiteten vil dette si at alle undersøkelser for diagnostisering, utarbeidelse av et eventuelt behandlingsopplegg og også ta stilling til om pasienten skal ha rett til «nødvendig helsehjelp» må foretaes innen det har gått 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, jfr. pasienrettighetsloven §2-2.

Forsvarlighetskravet er det som bestemmer om spesialisten må undersøke pasienten eller om de opplysningene som kommer fram i henvisningen er tilstrekkelig. Det er da ikke tatt noe forbehold om knappe ressurser eller kapasitetsbegrensninger.¹⁰

2.3 Prioritering ved vurdering

Når henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten har pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager, jfr spesialisthelsetjenesteloven § 2-4. Det kunne i begynnelsen, og kan vel til tider fortsatt være utfordringer knyttet til tildelingen av «nødvendig helsehjelp» for rettighetspasientene.

For å bedre arbeidet med tildelingen av rettighetene ble det startet et prioriteringsprosjekt av det tidligere Helse Øst RHF, som i 2004 tok kontakt med sosial- og helsedirektorat for å starte et samarbeid om rett prioritering. I desember 2005 kom en prosjektrapport som var et forprosjekt.

Dette var starten til prioriteringsprosjektet ved navn « Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten» som ble etablert i 2006.¹¹

Årsaken til at det var nødvendig å belyse og arbeide mer med prioriteringen, var den variasjon av skjønnsutøvelse og manglende kunnskaper som gjorde det vanskelig å få til likhet i selve praktiseringen. Ventelistefrister skulle fastsettes uten hensyn til ressurser og kapasitet, mens fristbrudd påfører helseforetakene ekstraavgifter.

Målet med dette arbeidet var at prioriteringen av pasienter, som trenger

¹⁰ Syse (2009) s.153

¹¹ Syse (2009) s. 164

spesialistbehandling, skulle bli mer helhetlig og tildelt med større sikkerhet. Det skulle også medvirke til at det ble mer likhet og i samsvar med den «norm» som til enhver tid gjelder. For å klare dette er det utarbeidet prioriteringsveiledere.¹²

2.4 Vurdering ved hjelp av prioriteringsveiledere

Det er et vanskelig arbeid som må gjøres i spesialisthelsetjenesten idet de skal sørge for å behandle prioriterte pasienter så raskt og likt som mulig, uansett hvor i landet pasienten skal behandles. Veilederne er derfor til hjelp for å kunne harmonisere mellom de enkelte fagområdene, mellom spesialistene og i forhold til grupper av pasienter.

Ikke minst trenger ledere og faglige ledere i spesialisthelsetjenesten et hjelpemiddel for å kunne følge med i utviklingen av og praktiseringen av arbeidet med prioritering av spesialisthelsetjenesten. Veilederne blir ansett for det viktigste hjelpemiddel i arbeidet med å velge ut prioritere pasienter og behandle like pasienter likt.¹³

Det finnes, eller er under arbeid, veiledere innenfor følgende 35 pasientområder:

Hjertesykdommer, Smertilstander, Nyresykdommer, Nevrologi, Ortopedi, Blodsykdommer, Barnesykdommer, Endokrinologi, Barnekirurgi, Gastroenterologisk kirurgi, Gastroenterologisk medisin, Karkirurgi, Kjevekirurgi, munnhulesykdommer, Plastikk-kirurgi, Barnesykdommer, Geriatri, oral kirurgi og oral medisin, Hud- og veneriske sykdommer, Kvinnesykdommer, Revmatologi, Infeksjonssykdommer, Lungesykdommer, Nevrokirurgi, Onkologi, Plastikk-kirurgi, Sykelig overvekt, Urologi, Øyesykdommer, Øre-nese-halssykdommer, Thoraxkirurgi, hode- og halskirurgi, Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin, Psykisk helsevern for barn og unge og det kommer en veileder i Barne- og voksenhabilitering.

I tillegg kommer de pasientene som ikke kommer inn under noen prioriteringsveileder.

De med alvorlige og sammensatte lidelser har også rett til å bli prioritert.¹⁴

Nevner disse fagområdene for å belyse det spekter det jobbes innenfor, og der en må finne de pasientene som klart har et behandlingsbehov.

¹² Syse (2009) s. 165

¹³ Syse (2009) s. 165

¹⁴ Syse (2009) s. 165

2.5 Hvorfor og hvordan brukes prioriteringsveilederen

Den er delt inn i en generell del som er lik i alle veilederne, og en spesiell del som gir anvisning om hvordan en skal vurdere pasientens plager i forhold til de rettigheter for helsehjelp denne kan ha. Den gir anbefalinger og forslag til fastsetting av behandlingsfrist i de enkelte sykdomstilstander, ved angitte diagnoser og sett i forhold til hvor alvorlig tilstand pasienten kan være i.

Dette er retningslinjer for de som har et faglig ansvar for å bedømme om en pasient er å vurdere som «prioritert» eller en som «bare» har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Veilederne er utarbeidet av de faglig ansvarlige på det fagfelt veiledningen gjelder for og i samarbeid med helseforetakenes eiere, samt sentrale helsemyndigheter.

Dersom vurderingen for venteliste til spesialistbehandlingen fraviker vesentlig fra retningslinjene for veilederne må det begrunnes grundig hvorfor den medisinske tilstand er årsak til at pasienten skal prioriteres.

Det stilles faglig strenge krav fra de faglig ansvarlige til likhetsvurdering av pasienter med mer identiske medisinske tilstander.¹⁵

2.6 Vurdering og behandling av alvorlig syke pasienter

Ved alvorlige sykdomstilstander er det gitt regler for å foreta raskere vurdering og dermed fastsette raskere frist for nødvendig behandling. Dersom kapasiteten i helsevesenet ikke er tilstrekkelig for å kunne dekke opp etterspørselen etter helsetjenester, vil de med rett til nødvendig helsehjelp bli prioritert foran de som ikke er så syke. Tidsfristen for behandling må settes kortere enn for de med en helsetilstand som ikke varig forverres av å måtte vente noe lengre.

Der sykdomsforløpet er raskt progredierende er det nødvendig å få en oversikt over hvor alvorlig den er. Alvorlig sykdom kan være hjerteproblemer, kreft, og andre typer livstruende og uavklarte sykdommer, som f.eks. kroniske og alvorlige psykiske lidelser. De skal foretaes en forsvarlig vurdering raskere enn 30 dager, selv om det ikke foreligger noen øyeblikkelig hjelp situasjon. Dette fordi behandling i enkelte tilfeller må

¹⁵ Syse (2009) s. 166 - 167

igangsettes umiddelbart da det ikke er medisinsk forsvarlig å la pasienten vente på nødvendig behandling.

Prioriterte pasienter av den kategori, at det ikke kan ventes med behandling, vil ha et fortrinn i forhold til andre pasienter og komme først til behandling. Sosialkomiteen presiserte ved behandlingen av loven, at det ikke skulle gå mer enn 15 virkedager fra henvisning til vurdering dersom pasienten har en kreftdiagnose. Det er imidlertid alvorligheten ved sykdomstilstanden som regulerer prioriteringen av behandlingen og ikke selve diagnosen.¹⁶

2.7 Henvisning av rusmiddelmisbrukere

Ofte har rusmisbrukere behov for en tverrfaglig vurdering av den spesialistbehandling som er nødvendig. Spesialisthelsejenestelovens § 2-1a, punkt 5 hjemler rusmisbrukernes rett til behandling i institusjon i de tilfeller der sosialtjenesten har henvist pasienten til behandling for sitt rusproblem.

Pasienter med rusproblem vil etter pasientrettighetslovens § 2-2 ha rett til å få sin helsetilstand vurdert senest 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Det betyr at det skal foretaes en vurdering om pasienten har behov for behandling eller videre undersøkelser og deretter behandling.

Gravide rusmiddelmisbrukere kan tvangsinnlegges i institusjon etter lov om sosiale tjenester §6-2a. Sosialtjenesten har ansvar for denne type saker og fylkesnemndene for sosiale saker har vedtaksrett.

De opplysningene som sosialtjenesten har behov for i denne type saker må de få fra helsetjenesten. Helsetjenesten har ansvaret for å gi disse opplysningene til sosialtjenesten og det ligger til ledelsen av helseforetaket å organisere dette.

2.8 Behandlingsfrist for barn og unge under 23 år med psykiske problemer og rusmiddelavhengighet

Fra Helse- og Omsorgsdepartementet blir det påpekt at det fortsatt må være oppmerksomhet på pasienter med alkohol- og kombinasjonsmisbruk og disse

¹⁶ Syse (2009) s. 173 - 174

pasientenes behov for medikamentfrie behandlingsmetoder, kort- og langtids døgntilpassing. Og det er særlig tenkt på unge under 23 år.

Personer som har rusproblem må sikres raskere behandling, riktigere behandling som tilpasses den enkelte og at det bør bli enklere for pasientgruppen å nyttiggjøre seg spesialisthelsetjenesten. Kapasiteten i tverrfaglig, spesialisert behandling må styrkes.

Erfaringer fra rusarbeid på kommunenivå viser at dette arbeidet må styrkes. Dette bygger på evalueringer, tilsynsmeldinger og revisjoner. Flere bør få tett og individuell oppfølging, lavterskeltiltak og oppsøkende tjenester. Det er videre behov for tilrettelagte boliger og lavterskeltiltak for å skape en så meningsfull tilværelse som mulig. Videre satses det på å forebygging. Pasienter med rusavhengighet har behov for en samlande behandlingsplan, individuell plan, som kan samordne de kompliserte og sammensatte opplegg som kan være nødvendig i oppfølgingen og behandlingen. Det vil også være behov for gode ansvarsgrupper. En ser at pasienter som blir utskrevet fra fengsler eller institusjon har behov for koordinert hjelp.

I pasientrettighetslovens § 2-1 er det fra 2008 kommet spesiell garanti for barn og unge som trenger tverrfaglig spesialistbehandling for sine psykiske plager og rusproblemer. Pasientene skal vurderes innen 10 dager og behandling skal være påbegynt innen 65 virkedager etter at vurderingen er foretatt, jfr § 4a i prioriteringsforskriften.

2.9 Barnevern

For barn som er under barnevernets virksomhet, vil i tilfeller der de under opphold i barnevernsinstitusjon bruker helsetjenester og spesialisthelsetjenester, ha de samme rettigheter etter pasientrettighetsloven som andre pasienter, ifølge pasientrettighetsloven § 4-4.

2.10 Ved behov for øyeblikkelig hjelp

En pasient har rett til øyeblikkelig hjelp ifølge pasientrettighetslovens § 2-1 dersom det er fare for at liv går tapt og betydelig forverring av helse dersom behandling utsettes. Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket og Kongen kan i forskrift gjøre unntak for pasientrettighetslovens kap.2 for de som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Helsepersonell plikter etter helsepersonellovens §7 å gi pasienter

som trenger øyeblikkelig hjelp den hjelp de evner, uten av pasienten må samtykke i at nødvendig helsehjelp gis. Det er gitt unntak i enkelte tilfeller, ved blodoverføring, sultestreik og ved behandling som kun er livsforlengende. Pasienten har en rett til å motta øyeblikkelig hjelp. Det bør foretaes undersøkelser av pasienten av kompetent personell, dersom det er mulig. Om det er helsepersonell til stede som ikke helt anser seg for å ha den rette kompetanse må de hjelpe et de kan og eventuelt tilkalle kompetent personell, jfr. pasientrettighetslovens § 4-1.

I spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, er helsepersonell og sykehus pliktig å ta imot pasienter og fødende for øyeblikkelig behov for somatisk helsehjelp og akutt behandling. Regionale helseforetak skal også peke ut institusjoner og dertil avdelinger som kan behandle pasienter med behov for akutt hjelp, som f.eks. rusmisbrukere og psykiatripasienter. Når en pasient har behov for øyeblikkelig hjelp gjelder ikke regelen om fritt sykehusvalg. Det antas at den hjelp pasienten får ved nærmeste sykehus, og dersom hjelpen er forsvarlig ut fra sykdomsomfanget, vil ikke pasienten få velge sykehus. Pasienter kan ønske seg behandling ved et sykehus, men det kan være helsemessig uforsvarlig å frakte pasienten dit.

Det påpekes av Kjønsstad ¹⁷, at det rent juridisk ikke synes å være helt avklart om lovens hjemmel for pasienten er gjeldene eller ikke i slike tilfeller, da det ikke er nevnt noe om bostedsregion i spesialisthelsetjenestelovens § 3-1. I lovens forarbeider ¹⁸ er det påpekt at det bare er ved *planlagt behandling* fritt valg av sykehus skal gjelde. Kjønsstad har imidlertid et viktig moment, om at dersom vurderingen av forsvarlighet for pasienten samtidig som fritt valg av sykehus gir best behandling, skal loven gå foran.¹⁹

Øyeblikkelig hjelp pasienter er prioriterte og ventelistegarantien kommer ikke til bruk for disse pasientene. På et senere tidspunkt, når pasientens helsetilstand er bedret og slik at det kan vurderes behov for spesialistbehandling på linje med andre pasienter, vil ventelistegarantien gjelde.²⁰ Dette vil ikke være aktuelt for pasienter som mottar øyeblikkelig hjelp, men som ikke har fast bosted i Norge. Unntak kan gjøres i form av forskrift av Kongen, jfr. pasientrettighetslovens §1-2, første ledd.

¹⁷ Kjønsstad (2007) s. 194

¹⁸ Forarbeidene til pasientrettighetsloven Ot.prp. nr. 12 (1998 – 99) s.52

¹⁹ Kjønsstad (2007) s. 194

²⁰ Syse (2009) s. 169

2.11 Klage på vurderingen

Det er anledning til å klage på den vurdering som er foretatt. Om den fastsatte frist er forsvarlig og om vurderingen er å anse for å være riktig i forhold til de respektive tabeller. Tabellene er å betrakte som retningslinjer og er ikke noen rettslige

forskrifter.²¹ Pasientrettighetslovens § 7-1 gir mulighet for de som mener de ikke har fått den hjelp de trenger til å klage på dette til de som står for helsehjelpen.

I § 7-2, første ledd i pasientrettighetsloven gis det anledning for pasienten å klage til Helsetilsynet i fylket. Pasienten har muligheter for å klage på helsehjelp, vurdering og fornyet vurdering. Klagemulighetene gir større muligheter for pasienten til å begrunne og komme med sitt syn på sin sak og dermed styrker dette pasientens rettigheter til helsehjelp.

Dersom behandling må foretaes i utlandet og det er grunner for pasienten å klage på denne type saker, er det også mulighet for det. Ifølge pasientrettighetslovens § 7-2 andre ledd kan klagen kan settes fram for en statlig nemnd på fem medlemmer som oppnevnes av helse- og omsorgsdepartementet.

2.12 Informasjon til pasientene

Informasjon er viktig og pasienten skal fortløpende informeres om behandling som kan påvirke ens liv og helse. Pasienten har rett på informasjon om sin helsesituasjon, nødvendig og forsvarlig informasjon, men har også rett til medvirkning.

Forsvarlig informasjon skal gis, slik at vedkommende selv kan ta vare på sin egen helse og samtykke i om behandling er nødvendig. Informasjon gitt etter pasientrettighetslovens §§3-2, 3-3 og 3-4, omhandler til hvem informasjonen skal gis og hvorfor.

Informasjon gis i utgangspunktet til pasienten selv eller til den som pasienten har gitt samtykke kan få informasjon etter §3-2 i pasientrettighetsloven. Men, dersom pasienten er over 16 år og i en slik tilstand, at vedkommende ikke kan ta vare på seg selv, kan nærmeste pårørende få informasjon etter samme lov's § 3-3. Om pasienten er under 16 år skal både pasienten, og foreldrene eller de med foreldreansvar ha informasjon, jfr. pasientrettighetsloven § 3-4 Er pasienten mellom 12 og 16 år skal informasjon ikke gis til andre dersom det er et ønske om dette fra pasientens side. De som har

²¹ Syse (2009) s. 167

foreldreansvaret for barn under 18 år, vil måtte få den informasjon de trenger for å kunne ha det ansvaret.

Informasjonen skal gjøres på en slik måte at pasienten forstår etter sine forutsetninger, at den behandling som skal foretaes også innebærer noen risikofaktorer. Det vil i hovedsak dreie seg om de tilfeller der det blir vurdert operasjon.²² Den informasjonen som er gitt pasienten skal føres i pasientens journal, jfr. pasientrettighetsloven § 3-5.

I de tilfeller der pasienten har en alvorlig sykdomstilstand, er rusavhengig eller har psykisk sykdom eller skade vil barn til pasienten ofte trenge en spesiell oppfølging og informasjon fra helsepersonell, jfr. helsepersonelloven §10a. Innenfor de grenser som er satt for taushetsplikt, vil det være viktig for barna, sammen med den eller de som har omsorgen for barna, å få informasjon om foreldrenes sykdom og behandling så langt det er forsvarlig i forhold til å gi informasjonen.²³

Et annet viktig aspekt i forhold til informasjon er vern om spredning av helseopplysninger som gjelder pasienten. Reglene for hva som er tillatt og hvilke begrensninger som ligger i det er gitt i pasientrettighetslovens § 3-6. Samtykke fra pasienten medfører at taushetsplikten opphører.

Det skal informeres om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp og når det foreligger rett til behandling etter ventelistegarantien, skal det gis informasjon om når behandling senest begynner, jfr. prioriteringsforskriften §5. Pasienten skal også informeres om sin rett til behandling. Pasienten og den som henviste pasienten til behandling skal få resultatet av vurderingen og også om retten til fornyet vurdering etter pasientrettighetslovens § 2-3.

Tildelingen av nødvendig helsehjelp, med fastsatt frist, er et vedtak på linje med enkeltvedtak som vi har i forvaltningslovens bestemmelser. Det er imidlertid bestemt i pasientrettighetslovens § 2-7, at forvaltningslovens regler ikke skal gjelde i slike saker.

Det betyr at det i forbindelse med tildeling og vurdering av helsehjelp etter pasientrettighetslovens kap. 2 ikke skal begrunnes, slik saksbehandlingsregler i

²² Kjøenstad (2007) s. 133

²³ Syse (2009) s. 91

forvaltningsloven krever. Årsaken til dette finner en i Innst. O. nr. 23 (2003-2004) av sosialkomiteen. Der ble det diskutert i hvilken grad forvaltningsloven skulle gjelde i avgjørelser som taes i forhold til arbeid utført, medisinsk, om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp. Forholdet mellom forvaltningsloven og helselovgivningen er uklar. Komiteen vurderte det videre å være feil bruk av ressurser, at utøvende helsepersonell skulle jobbe med ressurskrevende saksbehandling og som ikke synes å tjene til pasientenes beste. Resultatet ble at forvaltningslovens regler ikke skulle gjelde der vedtak treffes etter pasientrettighetsloven, jfr. § 2-7.²⁴

På mange måter kan det synes som om de materielle rettigheter ikke helt er ivaretatt for pasientene. Men, deres rettigheter sikres idet de har rett til informasjon, medvirkning, samtykke, journalinnsyn og ikke minst retten til å klage dersom de ikke har nådd fram i helsebyråkratiet. Bare nevner med det samme, at forvaltningsloven heller ikke gjelder for de som har vedtak om rett til helsehjelp i kommunehelsetjenesten.²⁵ Uansett skal pasientene informeres om sine rettigheter, de har rett til å få korrekt informasjon om sin helsetilstand og også informasjon om sin rett til å klage. Samtidig skal det informeres om klagefrist og hvor klagen skal sendes. Forvaltningslovens regler gjelder så langt det passer i klagesaker, der pasienten mener å ikke bli hørt i forhold til sine rettigheter, jfr. pasientrettighetsloven §7-6.²⁶

Retten til informasjon, medvirkning, samtykke og journalinnsyn henger nært sammen. Det vil allikevel bli redegjort hver for seg, fortløpende i denne avhandlingen.

2.13 Medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke i forhold til sin helsesak og på den måten kunne påvirke om helsehjelp skal gis slik helsepersonell formidler. Tidligere var det legelovens §25 som ga pasienten en rett til medvirkning og informasjon.

Det er ingen tvil om at pasientens medvirkning for egen helse har stor påvirkning for resultatet. Bestemmelsen om behandling skal foretaes er helsepersonellens avgjørelse, men pasienten kan medvirke til denne bestemmelsen. Samtidig har pasienten rett til å

²⁴ Kjønsstad (2007) s.204

²⁵ Kjønsstad (2007) s.204

²⁶ Kjønsstad (2007) s.206

samtykke til helsehjelp, vil det si at pasienten kan nekte å motta helsehjelpen. Det er imidlertid helsepersonellens ansvar at den helsehjelp som ytes er gjort forsvarlig og etter gjeldene lover og regler i samsvar med helsepersonellovens § 4 første og andre ledd.

Det har i forhold til pasientens rettigheter her vært en rivende utvikling siden den første legeloven i Norge i 1927, het loven «lov om lægers rettigheter og plikter». Pasientens rettigheter ble da sett i forhold til legens plikt å overholde taushetsplikten og til å yte øyeblikkelig hjelp.²⁷

Dersom pasienten selv ikke er istand til å ivareta retten til medvirkning, vil nærmeste pårørende kunne gjøre det, jfr. pasientrettighetslovens §3-1, annet ledd. Definisjonen av nærmste pårørende er beskrevet i pasientrettighetslovens § 1-3 bokstav b « den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten , likevel slik at det taes utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familimedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette.»²⁸

Retten til medvirkning gjelder i forhold til alle typer helsehjelp, som forebyggende , ved utredning, undersøkelser, ved pleie og omsorg, behandling og ved rehabilitering. Pasienten vil dermed kunne påvirke hvordan helsehjelpen kan gis.

Det foreligger en høy grad av frivillighet for pasienten når det gjelder å kunne påvirke, men det tilsier at pasienten må være ved bevissthet og kan delta i den vurderingen som må foretaes. Dersom det gjelder øyeblikkelig hjelp eller at helsehjelpen er komplisert, kan pasientens medvirkning bli minimal og må tilpasses den situasjonen som er oppstått. Viser til pasientrettighetslovens § 3-1, første ledd.

²⁷ Kjønsstad (2007) s. 79

²⁸ Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b

Pasienten kan da ikke tvinges til å medvirke, ei heller påtvinges å delta i undersøkelser som ikke er hjemlet i lov. Det må foreligg samtykke fra pasienten for at helsehjelpen kan gis, jfr. pasientrettighetslovens § 4-1.

Det er også et ledd i å medvirke, at en er med og velger hvilken *metode* som skal brukes for den undersøkelse og behandling som er nødvendig. Den som har best kompetanse for å vurdere hva som er riktig behandling og er best for for pasienten må helst være helsepersonellet, men det kan være tilfeller der det er likeverdige valg av typer behandling og pasientens mening bør taes med i vurderingen. Uansett er det viktig å finne den behandlingen som gir best livskvalitet for pasienten. En har i Ot.prp. nr. 12 (1998-99)²⁹ kommet fram til at det er viktig for pasientens opplevelse av hele behandlingen at en har forstått hva som ligger til grunn for valget av behandling. Det synes også å være slik at pasienten er mer tilfreds der god informasjon om konsekvenser av valg av behandlingsalternativer og medvirkning har vært en del av prosessen.³⁰

Dersom pasienten er uenig i avgjørelsen kan det kreves ny vurdering, jfr. pasientrettighetsloven § 2-3, eller velge behandling på annet sykehus, jfr. lovens § 2-4, så framt det ikke gjelder øyeblikkelig hjelp. Da kan den medisinske vurderingen være tatt under litt mer spesielle og «ad hoc» omstendigheter, noe som medfører at medvirkning kan bli vanskelig.

Retten til medvirkning gjelder også for pasienter som er under behandling innenfor psykisk helsevern. Dette for å styrke de pasienter som kan ha en alvorlig psykisk lidelse, men som allikevel kan ha behov for og kan klare å medvirke i forhold til sin behandling og valg av denne, jfr. psykisk helsevernlov § 1-5.

2.14 Samtykke

Hvem kan ta avgjørelser for pasienten når denne mangler samtykkekompetanse ? Det kan da bli nærmeste pårørende som bistår pasienten i den type situasjoner. For at det skal være gyldig må pasienten være inneforstått med hvilken helsehjelp som skal utføres og ha fått informasjon om sin helsetilstand. Informasjon om eventuelle uheldige bivirkninger og komplikasjoner ved den planlagte helsehjelpen skal gis pasienten før samtykke gis, jfr pasientrettighetslovens § 4-1.

²⁹ Ot.prp. nr. 12 (1998 – 99) s. 128

³⁰ Syse (2009) s. 264

2.15 Journalinnsyn

Pasienten har etter pasientrettighetslovens §5-1 rett til å se sin sykejournal, samt få en liten forklaring på hva de enkelte ord og uttrykk betyr.

Dersom innsyn i egen sykejournal betyr at det er til skade for pasienten eller for nære pårørende, vil pasienten ikke få innsyn.

2.16 Frist for når behandling påbegynnes

Fristen for når behandling for den enkelte pasienten skal settes til er individuell og settes av den faglig medisinsk ansvarlige og denne skal ta hensyn til den medisinske tilstand og behandlingsbehov. Fristen for behandling skal settes med slik romslighet slik at behandling både starter og fullføres før fristens utløp.³¹

2.17 Ventelisteregistrering

Pasienter har rett til helsehjelp, dersom de er bosatt i landet, oppholder seg i landet og er medlemmer av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester, eller er konvensjonspasienter (dvs. at Norge har gjensidighetsavtale med annen stat), jfr. prioriteringsforskriften § 1.

Institusjoner som skal effektivere ventelisteregistrering er somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og distriktpsikiatriske sentra som eies av et regionalt helseforetak, og at et regionalt helseforetak har inngått avtale om tjenesteyting med i henhold til at enkelte institusjoner skal kunne ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven for tverrfaglig og spesialisert behandling, jfr. ventelisteforskriften § 1.

Ventelistene er elektronisk baserte, og de enkelte institusjoner er avhengig av at disse føres for å kunne følge opp pasientenes rettigheter til vurdering og retten til nødvendig helsehjelp. Registreringen er et nødvendig hjelpemiddel for å holde orden på pasientlogistikk i den enkelte institusjon slik at pasientene får den helsebehandling de har rett til innenfor den fastsatte frist.

³¹ Syse (2009) s. 264

Ventelistene kan også bidra til å synliggjøre forholdet mellom behovet for helsetjenester og kapasiteten som er tilgjengelig.

Det er den enkelte aktuelle institusjon som er ansvarlig for at det foretaes en registrering av venteliste etter forskriftenes § 3, og det vil i praksis si at den enkelte avdeling, eller rettere sagt blir det avdelingsoverlegens ansvar for registreringen. Dersom en pasient har behov for nødvendig helsehjelp på flere adskilte behandlingssteder, må ventelisteregistreringen foregå på hvert enkelt av behandlingsstedene. Det skal imidlertid bare føres ventelister ved en institusjon. Det er også hensiktsmessig at det i registreringen framgår om henvisning gjelder dagbehandling, poliklinisk behandling, ambulant spesialistbehandling eller om det er tenkt innleggelse.³² Dersom pasienten *er oppført på venteliste er sykehuset pliktig til å behandle pasienten etter pasientrettighetslovens frister*, jfr. § 2-1 annet ledd og § 2-2 annet ledd. Henvisninger skal registreres etter mottaksdato som bestemmer hvilken frist som skal settes for rett til vurdering etter pasientrettighetslovens § 2-2.

Pasienter som har status som øyeblikkelig hjelp pasienter skal ikke registreres på noen venteliste³³ da de har rett til behandling umiddelbart. Det vi si, at dersom den/de spesialister som trengs for eventuelt å behandle pasienten som trenger øyeblikkelig helsehjelp allerede er opptatt med en pasient i en operasjon, vil den andre pasienten måtte vente på hjelp til helsepersonell er ledig. Slik at øyeblikkelig helsehjelp kan være relativt.³⁴

Det kreves også av institusjonene etter forskrift om ventelisteregistrering §4, at det blir foretatt jevnlig kontroll og oppdatering av ventelistene. Det kan være flere grunner til at pasientene fortsatt står på venteliste, men det må sjekkes hva som er årsaken til at noen fortsatt står der og har ventet i seks måneder. Det bør rettes en forespørsel til pasienten om det fortsatt er slik, at det er behov for helsehjelp. Det kan være slik at pasientens behandling først skal påbegynnes senere.

Det er videre pålagt institusjonene etter forskrift om ventelisteregistrering §5 å rapportere om status vedrørende ventelistene til Helse- og omsorgsdepartementet hvert tertial.

³² Forskrift 7.desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering, § 3

³³ Forskrift 7.desember 2000 nr. 1233 om ventelisteregistrering, § 3, tredje ledd

³⁴ Kjønsstad (2007) s.154

2.18 Fristbrudd

Dersom fristen for oppfyllelse av retten til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten oversittes, har pasienten rett til behandling uten videre ventetid. Pasienten har mulighet for selv å ta kontakt med HELFO Pasientformidling i de tilfeller der denne ikke har fått nødvendig behandling innenfor fristen.

Dersom det helseforetaket, som er ansvarlig for behandlingen, ikke klarer å gi denne til rett tid, vil konsekvensen bli at pasienten får rett til behandling enten fra privat tjenesteyter eller fra spesialisthelsetjeneste i utlandet, jfr. pasientrettighetslovens § 2-1 fjerde ledd. Ifølge lovens samme paragrafs femte ledd, har pasienten rett til behandling hos kompetent tjenesteyter i utlandet, dersom helseforetaket ikke klarer å realisere den helsehjelp som er nødvendig til pasienten fordi den type medisinsk behandling som er nødvendig ikke gis i landet.

Retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er blitt styrket i og med at rettigheten ytterligere kan kreves realisert privat eller i utlandet om nødvendig.

Behandlingen av denne type saker er blitt sentralisert.³⁵

Ansvar for at pasienten får den helsehjelp som er nødvendig, er det helseforetak i den region pasienten er bosatt.

Det koster å sende pasienter til private tjenesteytere og til utlandet og regningen blir i hovedsak sendt til det helseforetak som i utgangspunktet har gitt pasienten rett til helsehjelpen.³⁶

2.19 HELFO Pasientformidling ble opprettet fra 1.januar 2009 som rette instans for oppfyllelse av rett til helsehjelp ved fristbrudd

«Har sykehuset brutt behandlingsfristen ?

Da kan Helfo pasientformidling finne et annet behandlingstilbud. Helfo pasientformidling hjelper pasienter med å finne behandlingstilbud ved annet sykehus i Norge eller i utlandet når sykehusene bryter behandlingsfristen. Alle som opplever fristbrudd kan ringe til Helfo pasientformidling.

Pasientrettigheter.

³⁵ Syse (2009) s. 219 - 220

³⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2

Når en pasient blir henvist til spesialisthelsetjenesten, skal sykehuset sende et brev om resultatet av vurderingen innen 30 virkedager. Barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt.

Pasienter som vurderes som rettighetspasient skal få en frist for når nødvendig helsehjelp senest skal være påbegynt. Denne fristen settes på grunnlag av faglig skjønn, og skal ikke være begrunnet i kapasiteten ved sykehuset.

Dersom pasienten er uenig i vurderingen eller fristdatoen denne har fått fra spesialisthelsetjenesten, kan pasienten anmode sykehuset om å vurdere henvisningen på nytt. Blir anmodningen avvist, kan du klage til Helsetilsynet i bostedsfylket. Det er når sykehuset ikke klarer å overholde fristen for nødvendig helsehjelp, at pasienten kan kontakte Helfo pasientformidling.

Hva skjer når fristbrudd meldes.

Alle som opplever fristbrudd kan ringe til Helfo pasientformidling. Dersom pasienten ikke har fått den nødvendige helsehjelpen innen fristen, har denne krav på alternativt behandlingstilbud. Dette kan Helfo pasientformidling hjelpe med.

Ved henvendelse fra pasient tar Helfo pasientformidling umiddelbart kontakt med sykehuset som har brutt fristen. Sykehuset får et døgn frist til å finne ny behandlingsdato for pasienten innen 14 dager. I mange tilfeller finner sykehusene en ledig behandlingstime. Når de ikke gjør det går Helfo pasientformidling ut til de sykehusene og behandlingsinstitusjonene som de har rammeavtaler med og bestiller behandling til pasienten. Regningen sendes sykehuset som har brutt fristen.

Pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp.

Pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester, men som ikke er vurdert som rettighetspasienter, skal også tilbys behandling. Denne gruppen må vente noe lenger på behandling, men får ikke en fastsatt behandlingsfrist. Denne gruppen kan ikke tilbys alternativt behandlingstilbud fra Helfo pasientformidling. Disse pasientene kan benytte seg av retten til fritt sykehusvalg og velge et sykehus som har kortere ventetid på den

behandling man venter på», jfr. HELFO nettinformasjon.³⁷

2.20 Media

Aftenposten har en artikkel den 13. september 2010, om at ingen pasienter ble sendt til utlandet for behandling i 2009. Siden 2004 er det bare 25 pasienter som har fått behandling utenfor Norge. I samme avisartikkel, blir det av helseministeren påpekt at sykehusene må gjøre mer for at pasientene får den informasjon de har krav på når det foreligger fristbrudd.

Direktøren i Helfo, kontoret som bistår pasientene ved behov for behandling på privat sykehus eller i utlandet, mener det er behov for økt informasjon til befolkningen om fristbruddordningen og hvordan pasientene kan gå fram i sin situasjon. I artikkelen blir det også nevnt, at det gir dårlig samfunnsøkonomi når flere pasienter går flere år sykemeldt i påvente av operasjon.

2.21 Fritt sykehusvalg

En pasient har selv rett til å velge på hvilket sykehus behandling skal foregå. Sykehuset må eies av et regionalt helseforetak eller ha avtale. Denne bestemmelsen følger av pasientrettighetslovens § 2-4. Pasienten kan imidlertid ikke velge behandlingsnivå.

Ved behandling for pasienter som er under tvungen behandling, er denne bestemmelsen ikke anvendelig dersom det er uforsvarlig.

2.22 Behandling i utlandet

Norske pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, kan få behandling i utlandet dersom det er nødvendig på grunn av at behandlingen ikke utføres i Norge. Også i de tilfeller der behandlingen er av komplisert art og behandlingstilbudet ikke er klart for bruk her i landet, eller at pasientgrunnlaget er såpass lite at det ikke er forsvarlig å etablere kostnadskrevenende tilbud for få pasienter, vil tilbudet også kunne bli at behandling kan utføres i utlandet. Dette følger av prioriteringsforskriften § 3.

³⁷ www.helfo.no

Det kan forekomme at for spesielle helsetilstander vil det koste svært mye å utvikle behandlingstilbud til her i landet, og også være kostnadskrevenne å opprettholde den faglige standard slik at det kan sies å være forsvarlig.

Den behandling som utføres i utlandet for norske pasienter må også ha en standard som er forsvarlig. Og, som for behandling i Norge, er det samme frist for når behandling senest skal få nødvendig helsehjelp, slik bestemmelsen er etter pasientrettighetsloven § 2-1, femte ledd.

Selv om forskriftens § 3³⁸ gir pasienter med behov for nødvendig helsehjelp rett til behandling i utlandet, er det ikke en ubetinget rettighet. Dersom behandlingen som kan gis i Norge er forsvarlig og akseptabel nok, men kanskje i fullt så faglig, avansert god som i utlandet, vil en ikke uten videre få tilbud om å få helsehjelpen utført i utlandet.

Manglende kapasitet i forhold til spesialisthelsetjenesten gir heller ikke noe rett til tilbud om behandling i utlandet. Ei heller vil en kunne få laboratorieprøver sendt og analysert i utlandet, bare dersom det er et ledd i at selve behandlingen skal foregå i utlandet.

I forskriftenes § 3 åpnes det imidlertid for at pasienter med *sjeldne sykdommer* enkeltvis kan få *eksperimentell* eller *utprøvende behandling* i utlandet, selv om pasienten ikke fyller vilkårene for nødvendig helsehjelp etter §2, første ledd nr. 2 og tredje ledd.

Med *sjeldne sykdomstilstander* menes: «sykdommer eller sykdomstilstander som forekommer så sjelden og/eller er så spesielle, at det ikke er bygget opp noe nasjonal kompetanse.»³⁹

Og med *eksperimentell behandling* menes her: «udokumentert behandling som ikke er ledd i kontrollerte undersøkelser, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt.»⁴⁰

Videre er *utprøvende behandling* forklart slik: «behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men der kravene til fullverdig dokumentasjon i forhold til etablert behandling ennå ikke er tilfredstillende.»⁴¹

³⁸ Forskrift 1.desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd.

³⁹ Forskrift 1.desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd, § 3.

⁴⁰ Forskrift 1.desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd, § 3.

⁴¹ Forskrift 1.desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd, § 3.

2.23 EØS

Ny refusjonsordning innenfor EØS.

Fra januar 2011 ble det innført en ny refusjonsordning der pasienten får større valgfrihet når det gjelder hvor en ønsker å motta helsetjenester.

«Hva blir dekket?

Den nye refusjonsordningen omfatter bestemte typer helsetjenester mottatt innenfor EØS-området. Det gis kun refusjon for helsehjelp som ville ha blitt dekket (helt eller delvis) dersom hjelpen var mottatt i Norge.

Hvem har rett til stønad ?

Pasienten har rett til å få refusjon for utgifter til helsetjenester etter denne refusjonsordningen dersom denne er pliktig medlem av norsk folketrygd og i tillegg er statsborger i Norge eller et annet EØS-land.

Vilkår for stønad.

For at pasienten skal få refusjon etter denne ordningen, må de samme vilkårene oppfylles som gjelder i Norge for den bestemte behandlingsformen som er gitt. Helsetjenester som ikke er medisinsk nødvendig, gir her heller ikke rett til stønad.

Beregning av stønaden.

Når en mottar helsehjelp innenfor EØS-området, betaler pasienten selv. Deretter kan det sendes inn søknad om refusjon til Helfo», jfr. Helfo nettinformasjon.⁴²

2.24 Klage på avslag på behandlingstilbud i utlandet

Det finnes en egen klageordning i §7-2 andre ledd⁴³ for avslag på denne type behandlingstilbud i utlandet, jfr §2-1 femte ledd.⁴⁴ Dersom en mener at en ikke har fått

⁴² www.helfo.no

⁴³ Pasientrettighetsloven §7-2

⁴⁴ Pasientrettighetsloven § 2-1

riktig behandling av sin sak, kan en klage til en klagenemnd som er oppnevnt av departementet.

2.25 Fornyhet vurdering

En pasient har rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten, etter henvisning fra allmennlegen, ifølge pasientrettighetslovens § 2-3. Pasienten kan ha behov for å få sin helsesituasjon vurdert på nytt og årsaken kan være at det ikke har vært riktig behandling, eller uenighet om denne. Det kan videre være at diagnostiseringen har vært feil, at en ikke har følt seg godt nok ivaretatt av helsevesenet og at en er redd det kan være noe galt. Det kan være behov for å få vurdering av en ny fastlege, og at en ny henvisning sendes en annen spesialist enn ved første henvisning.

Det er idag anledning til å bytte fastlege opptil to ganger i året, dersom en står på fastlegeliste, ifølge kommunehelsetjenesteloven § 2-1a, andre ledd.

Retten til fornyet vurdering ble det redegjort for i St.melding nr. 50 (1993–94) og sosialkomiteen støttet forslaget i Innst.S. nr. 165 (1994-95). Det har tidligere vært praksis i helsevesenet for muligheten til fornyet vurdering, men det var først når pasientrettighetsloven kom at retten ble nedfelt. Da pasientrettighetsloven var ute til høring, var det mange som var skeptiske til den medisinske nytten av å kunne få fornyet vurdering og mente det ikke forelå noen dokumentasjon for det heller.⁴⁵

I pasientrettighetsloven § 2-3, gjelder retten til fornyet vurdering bare *en gang for samme tilstand*. Det å vurdere hva som er samme tilstand, eller forverret tilstand er ikke alltid lett. Dette ble presisert av sosialkomiteen i Innst.O. nr. 91 (1998-99), hvor spesielt situasjonen for de med kroniske sykdomstilstander ble tatt opp og anmodet til at disse skulle behandles likt med andre pasienter.⁴⁶

Prosedyren for hvordan fornyet vurdering skal gjennomføres, er lik den som gjøres når første vurdering skal gjennomføres etter pasientrettighetsloven § 2-2, og på samme forsvarlige måten. Pasienten kan ikke kreve å få en ny vurdering dersom det f.eks. allerede foreligger en vurdering og denne synes å være grundig, og godt medisinsk utredet. Fastlegen kan imidlertid ikke nekte pasienten ny vurdering med den begrunnelse

⁴⁵ Syse (2009) s. 175

⁴⁶ Syse (2009) s. 176

at det er økonomisk vanskelig å få til, eller andre ikke medisinske grunner.

Fastlegen henviser til spesialisthelsetjenesten ved sykehus i eller utenfor bostedsregionen, eller til spesialist som har driftsavtale med et helseforetak.

Bostedsregionens helseforetak er pliktig å dekke utgiftene for pasientens nye vurdering, og dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 5-2.

Retten til fornyet vurdering gjelder bare i forhold til spesialisthelsetjenesten, og skal være en selvstendig vurdering. Retten oppstår først når en har blitt vurdert en gang tidligere. Når resultatet foreligger er det ikke slik som f.eks. ved klage, at siste vurdering overstyrer den første. Ved *forny*et vurdering vil begge vurderingene stå likt og det er ikke sikkert at den siste vurderingen vil bli sett på som det beste behandlingsalternativet.

Dersom det ikke blir noen ny henvisning fra fastlegen for ny vurdering, eller at spesialisthelsetjenesten ikke foretar seg noe med hensyn til nye undersøkelser eller gjør en ny vurdering, kan pasienten klage ifølge pasientrettighetsloven § 7-1 og be om at det foretaes ny henvisning/vurdering. Om dette ønsket ikke blir tatt til følge, kan pasienten klage til Helsetilsynet, etter lovens § 7-2, og Helsetilsynet har mulighet til å overprøve alle sider ved saken. Der klagen fører fram, har pasienten rett til fornyet vurdering.

Ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra sosialtjenesten, jfr. pasientrettighetslovens § 2-3.

3 FORSVARLIG BEHANDLING

Den enkelte pasient forventer nok en forsvarlig behandling av helsepersonell og av helsinstitusjonen for seg og sin helsesak. Hver pasient har i kraft av sine rettigheter og sin integritet en selvbestemmelse over sin helsesituasjon. Men, denne retten kan heller ikke tøyes så langt at helsepersonellet mister sin mulighet til å gjøre en jobb som er forsvarlig.

Loven om helsepersonell § 4 regulerer hvordan helsepersonell skal utføre sitt arbeid så faglig forsvarlig og med slik hensyntagen og omsorgsfull hjelp til pasienten som en kan

forvente ut fra kompetanse, egnethet og arbeidssituasjon. I dette ligger forventet gode etiske og humanistiske vurderinger fra helsepersonell i sin arbeidssituasjon.

I enkelte situasjoner kan det være nødvendig å få bistand fra annet kvalifisert personell og eventuelt henvise videre om det skulle være behov. Dersom pasientens tilstand tilsier at det er et behov, bør en søke samarbeid med annet kvalifisert personell. Og for å presisere hvem som tar bestemmelsen i medisinske og odontologiske spørsmål der disse samarbeider med annet helsepersonell om undersøkelse eller behandling av pasienter, så er det enten legen eller tannlegen som tar den avgjørende bestemmelsen.⁴⁷

Krav om forsvarlighet gjelder også for selve virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven gir i § 2-2 sterke signaler om at tjenesten som gis skal være forsvarlig. I lovens forarbeider Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s.38 ble det påpekt viktigheten av å organisere virksomheten slik at det er mulig å oppfylle forsvarlighetskravet.

Virksomhetene har krav på seg til å sjekke og se til at utstyret er i tilfredstillende stand, at helsepersonellet har den kompetanse som skal til for å kunne utføre sitt arbeid, samt at det blir etablert vaktordninger, gode arbeids- og HMS-rutiner (Helse, Miljø og Sikkerhet) og rutiner for å hindre feil. Slik ble dette vurdert i Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 36. Ansvarlig drift med gode virksomhetsrutiner ligger til ledelsen for det enkelte nivå.

Arbeidsgivers styringsrett gir vanligvis stor frihet, men kravet til forsvarlighet gir begrensninger i forhold til dette. Virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres og ha slik funksjon at de som utøver helsehjelp har mulighet for å arbeide forsvarlig, jfr. helsepersonelloven § 16. På denne måten har både helsepersonell og virksomhetsledelse begge et uttalt krav på seg til å jobbe forsvarlig.

Kommunehelsetjenesten har *ikke* samme bestemmelse om krav til *faglig forsvarlighet*, slik som spesialisthelsetjenesten er pålagt i spesialisthelsetjenestelovens §2-2. Men helsetjenesten i kommunene har bestemmelser i kommunehelsetjenestelovens § 1-3a miljørettet helsevern, § 2-1 (rett til helsehjelp) og § 6-3 (Statens helsetilsyn med tilsyn og veiledning).

Kommunen har også krav på seg for å legge til rette for god organisering av kommunens helsetjenester og slik at helsepersonell kan utføre sine oppgaver og jobb i

⁴⁷ Helsepersonelloven § 4

samsvar med pålegg i lov og forskrifter.

Den som er bosatt eller midlertidig oppholder seg har rett til helsehjelp og til nødvendig opplysninger vedkommende trenger for ikke å tape sine rettigheter. Forvaltningslovens regler gjelder ikke i forhold til vedtak fattet etter § 2-1.

Statens helsetilsyn skal føre et medisinskfaglig tilsyn med helsetjenesten i kommunene slik at den er på et forsvarlig og hensiktsmessig nivå. I kommunehelsetjenestelovens §6-3 utdypes dette med at Statens helsetilsyn, uten å ta hensyn til taushetsplikten, kan gå inn i journaler og andre opplysninger for å sjekke og utøve kontroll og inspeksjon av helsearbeidet. Ved behov kan Statens helsetilsyn bruke andre sakkyndige for uttalelse i sakene. Dersom det etter kontroll viser seg at kommunens arbeid kan føre til skadelige følger for pasientene eller andre, og dette har en uheldig og uforsvarlig virkning på pasientene, har Statens helsetilsyn muligheter for å gi kommunen pålegg om å rette på forholdene.

Ut fra dette vil en kunne si at kommunenehelsetjenesten, på lik linje med spesialisthelsetjenesten, har et direktiv som pålegger en forsvarlig behandling i helsearbeidet.⁴⁸

Plikten til å jobbe forsvarlig utløser *ikke ressurser* fra henholdsvis Stortinget ved bevilgninger, eller at slike plikter om ressurser kan pålegges et kommunalt selvstyre.

Det er politisk et spørsmål om å ville/kunne prioritere til helsebehandling og drift.

Dette kommer klart fram i forarbeidene i Ot.prp. nr. 10 (1998-99) s. 37. Når det i samme forarbeider blir påpekt, at det er en del av *forsvarlighetsnormen* når det kreves at det følges med i den faglige utviklingen. Også at det kan påpekes å være *brudd på normen* dersom det ikke blir tatt i bruk ny teknologi og nye metoder for helsebehandling som er godkjente, så vil jo det kreve at staten, de enkelte og regionale helseforetakene i noen tilfeller *må bevilge ressurser* til det.⁴⁹

4 INDIVIDUELL PLAN

For mange pasienter og brukere av sosiale tjenester, og som også har behov for å få

⁴⁸ Kjønsstad (2007) s. 326

⁴⁹ Ot.prp. nr. 10 for 1998-99 s. 36 - 39

koordinert sine helsetjenester, kan individuell plan være et nødvendig hjelpemiddel. Ifølge pasientrettighetslovens §2-5 kan individuell plan utarbeides også etter de retningslinjer for dette som går fram av kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, psykisk helsevernloven § 4-1, sosialtjenesteloven § 4-3a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Ifølge forskriften om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven dat. 23.desember 2004, og i forskrift etter lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen § 28 og § 33 og av arbeids- og velferdsforvaltningsloven §15, dat. 19.nov. 2010, er formålet med individuell plan at tjenestetilbudet skal være individuelt tilpasset den enkelte tjenestemottaker og at det er en tjenesteyter som til enhver tid som har et hovedansvar for oppfølgingen av pasienten/brukeren. Videre er det behov for å få kartlagt de enkelte behov for tjenester som kan dekke tjenestemottakerens bistandsbehov og sørge for å koordinere dette. Det vil også kunne være behov for å samarbeide med pårørende og på tvers av forvaltningsnivå.

Den enkelte bruker kan selv være med i utarbeidelsen av planen, og det skal legges til rette for det og at det skal være en god prosess. Det skal bare utarbeides *en individuell plan* for hver enkelt bruker.

Disse bestemmelsene gir ikke brukeren rett til helse- eller sosialtjenester utover det som ellers ville være rettighetene til personen.⁵⁰ Det er ingen rett til innholdet i en plan og det skal ellers tilbys et helhetlig tjenestetilbud til brukeren som skal være et forsvarlig minimum. En har også muligheter for å ta med aktiviteter som er av privat og frivillig karakter, som tilrettelagte idrettsaktiviteter, kultur og musikktilbud. Det er kommunen i arbeids- og velferdsforvaltningen som har en plikt til å sørge for at arbeidet med planen blir satt igang, jfr. forskrift § 6.

Eventuell klage:

Dersom en bruker har behov for å klage på rett til individuell plan, kan dette gjøres og forvaltningslovens regler om klage kommer til anvendelse, jfr. § 10 i begge forskrifter.

⁵⁰ Forskrifter om individuell plan dat. 23.desember 2004 og 19.nov.2010, § 4 i begge forskrifter.

5 VENTELISTEGARANTIE - KONSEKVENSER FOR DEN ENKELTE PASIENT OG FOR SAMFUNNET

Ventelistegarantien forventes å virke etter sin hensikt. Det medfører at spesialist-helsetjenester blir fordelt til beste for de pasienter som har en rettighet. De får behandling, og det er et velferdsgode som gir bedring av helse og livskvalitet.

Konsekvensene når ventelistegarantien ikke virker og behandlingstiden utsettes, er store for den enkelte pasient og for samfunnet som helhet. Unnlatelse av behandling til fastsatt tid kan medføre store helseplager og i ytterste konsekvens at liv går tapt.

Mange pasienter som venter på helsehjelp, vil også måtte vente med å gå tilbake til arbeidslivet og tilbake til sin jobb. De kan bli gående sykemeldte eller arbeidsledige. Det medfører utgifter både for den enkelte, samt at det belaster folketrygden. Dessuten medfører lang ventetid lidelser og dårlig livskvalitet for pasienten og for dennes familie og pårørende.

Rettighetene til den enkelte pasient er gode, og rettighetene er mange. Årsaken til at det er så lite domsavgjørelser i saker som gjelder pasientrettigheter kan være at det ikke er gode nok rutiner på *informasjonen* som skal gis pasientene. En annen grunn kan være at de pasienter som er syke og venter på behandling føler at de ikke har ressurser til også å skulle føre sine *rettigheter* fram i retten. Praksis gjennom alle de år loven har eksistert, viser at det nesten ikke har vært pasientrettslige saker som er ført fram for retten.

6. SAMHANDLINGSREFORMEN

Regjeringen annonserer reformen med budskapet: «rett behandling – på rett sted – til rett tid», jfr. St.melding nr. 47 (2008-2009).⁵¹

I NOU 2010: 13, punkt 10.3.7 - arbeid for helse, mener helse- og omsorgs-departementet at iverksettingen av samhandlingsreformen, som skal iverksettes gradvis fra 2012, vil medføre store endringer, også for de ansatte i helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Det vil bli behov for å tenke nytt med hensyn til utdanning og rekruttering av ansatte.

⁵¹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen (www.regjeringen.no)

6.1 Bakgrunn

Det har i mange år vært drøftet og vurdert at samordning av helsetjenestene må forbedres. Årsaken til det er tilbakemeldinger som kommer fra pasienter, brukere, pårørende og fra helsetjenestene, om at det er behov for å bedre samhandling av tjenestene. I det ligger det ikke noen kritikk til enkelte faggrupper eller aktører, men det er behov for å organisere helsetjenestene på en annen måte.

Viser til NOU 2005:03, der mange av problemstillingene var tatt opp og analysert, og det var konstruktive forslag til endring. Mange av de som jobbet i helse- og omsorg fikk bedre kunnskap og tanker om hva som manglet og hva som kunne gjøres. Dette var opptakten til et samarbeid mellom staten og KS i 2007 og som resulterte i at spesialisthelsetjenesten og kommunene avtalte å samarbeide på en bedre måte. Dette arbeidet har også medført at utviklingen av individuell plan og bruken har fått økt fokus.

Skal bare kort nevne at utvalget som utarbeidet NOU 2005:03 ikke i så stor grad gikk inn for samhandling innen helsetjenestene, slik samhandlingsreformen gjør idet den gir viktige innspill til at kommunene er med på finansiering av spesialisthelsetjenesten og at samhandlingen vil kunne dra fordel av at kommunene har mange gode måter å løse sine helse-, pleie- og omsorgsoppgaver på. Utvalget ga ikke uttrykk for at det var behov for noe stort reformarbeid, men snarere at små endringer kunne gi effekt.⁵²

Statens helsetilsyn har i brev av 9. desember 2008 til departementet, som et innspill til samhandlingsreformen, gitt en systematisk oversikt over svikt i forbindelse med samhandling, funn som er gjort i forbindelse med både planlagte og tilfeldig valgte tilsyn. De peker primært på manglende forhold, etter å ha foretatt *planlagte tilsyn*; dårlig kunnskap om andre tilbud, dårlig informasjonsflyt, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold og mangel på oppfølging hos kommunene av pasienter som blir utskrevet fra institusjon.

Det som ble avdekket etter de *tilfeldig valgte tilsyn*, og som ble påpekt som muligheter for svikt i forhold mellom kommunale og statlige helsetjenester, er i samhandling der ansvar er delt eller uavklart, at prøver og epikriser ikke kommer fram, og at journalene ikke er fullstendige slik at nødvendig informasjon ikke foreligger, samt at rusmisbrukere synes å være en utsatt gruppe pasienter. Helsetilsynet påpeker at det er i overgangene svikten er størst og at det ikke synes å bli tatt lærdom av de feil som blir begått.⁵³

⁵² St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 3.1

⁵³ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 5.2.1

6.2 Behovet for en samhandlingsreform – problemforståelsen

For å belyse utfordringene ved dagens helsesituasjon og tilbud, må en ha en oversikt over hvordan dette fungerer idag.

Det er stort sett ønskelig for den enkelte at det offentlige skal stå for og betjene de helsetjenestene en kan ha behov for enten det dreier seg om omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenester. Regjeringen har tatt dette med i betraktning, samt at det har et mer sosialdemokratisk preg med mer likestilte tilbud til pasientene og befolkningen generelt. Regjeringen har ikke tenkt å forandre på kvaliteten på tjenesten som fungerer bra og som i enkelte sammenheng er å sammenligne med internasjonalt, topp prestasjoner hos enkelte i helsesektoren. Uansett har vårt samfunn mange og store problemer i forhold til samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen nevner tre hovedområder som den mener er årsak til problemene:

- 1.«pasienten har behov for koordinerte tjenester, men disse besvares ikke godt nok
- 2.dagens tjenester preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- 3.demografisk utvikling, samt endringer av helsesituasjon og forekomst av sykdommer, medfører utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne» ⁵⁴

Regjeringen mener at mangelen på samhandling gir seg likt uttrykk både i forhold til problemene ut fra en samfunnsøkonomisk vurdering og utfordringene en har til pasientbehandling. Tiltakene som må til for å bedre ovennevnte hovedområder vil derfor i stor utstrekning kunne bli de samme. ⁵⁵

For å forstå de enkelte hovedområder utdyper regjeringen dette noe mer, og det vil bli gjennomgått fortløpende i oppgaven. Enkelte områder, som er knyttet tett opp til hvordan ventelistegarantien kan bli berørt, vil bli mer utdypet. Dette fordi det skal være mulig å danne seg et bilde av hvordan det kan komme til å fungere i praksis fra 2012.

6.3 Koordinerte tjenester

Etter dagens organisering er pasientens behov, når det gjelder å få et samlet

⁵⁴ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 3.2

⁵⁵ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 3.2

tjenestetilbud, er ikke godt nok utbygd. De enkelte tjenester er i hovedtrekk fordelt på, enten et kommunalt forvaltningsnivå som betjener primærhelsetjensten og omsorgstjenestene, eller statlig med helseforetakene som forvalter spesialisthelsetjenesten. Internt i kommunene og i helseforetakene finnes mange ulike bestemmelser som prioriterings-, finansierings-, beslutnings-, rettighets- og brukervedvirkningsbestemmelser som de kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester benytter, men som ikke gir den koordinerte helsetjenesten som pasienten virkelig trenger. Det enkelte tjenestetilbud forsøker å gjøre sine tjenester så godt det lar seg gjøre, uten å ha myndighet til å gjøre noe utover sine grenser, fordi det ikke hører til ansvarsområdet og det vil ikke bli målt eller belønnet for «annet arbeid».

Det finnes idag et tiltak, *individuell plan*, som koordinerer flere tjenester for pasienter og brukere som har behov for dette. Det arbeides for å få det til å bli et bedre tiltak enn det er idag, og det skal det utvikles bedre struktur for dette. Håpet er at tjenestene skal oppleves mer smidige fra det ene tiltak til det annet og at det fragmentariske opplegget skal fjernes mer og mer. Pasientene, brukerne og deres pårørende skal kunne få mindre frustrasjoner med venting og belastning med selv å ivareta koordineringen av helse-tilbudene. De har også krav på og må kunne forvente at tjenestene blir utført forsvarlig.⁵⁶

Departementet presiserer i Stortingsmeldingen, at arbeidet med å videreutvikle individuell plan skal prioriteres.⁵⁷

Regjeringen har også i stor utstrekning vurdert at det er dårlig ressursforvaltning, når en pasient har blitt behandlet over en lengre periode i spesialisthelsetjenesten og etter endt behandling ikke får oppfølgende helsetilbud og oppfølging på annen måte i kommunen. Det kan f.eks. være tilfelle for en rusmisbruker, der spesialisthelsetjenesten har brukt lang tid til behandling og det setter krav til kommunene som må oppgradere sine tjenester til forebygging, praktiske tiltak og vedlikeholdsbehandling for denne rusmisbrukeren, slik at spesialisthelsetjenesten ikke må bruke like mye ressurser på en ny behandling. Kommunene vil måtte bruke mer ressurser på sitt helsetilbud til rusmisbrukeren mens spesialisthelsetjenesten og helseforetakene kan få brukt sine ressurser på å få behandlet flere som sterkt trenger det.

For ytterligere å koordinere helsetjeneste for de som har behov for helse- og

⁵⁶ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 3.2.1

⁵⁷ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 5.2

omsorgstjenester blir det nevnt at det er viktig for kommunene å samarbeide med andre sektorer som Pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevernet og NAV. Det er også viktig å få til samhandling mellom helsetjeneste og arbeidsrettede tjeneste for bedre å koordineringen i den perioden pasienten er i rehabilitering etter sykdom og skal igang med arbeidsrettede tiltak, eller etter hvert i arbeid igjen. Denne perioden kan være viktig for å bedre pasientens helse.

Hovedutfordringen i samhandlingen mellom statlig og kommunal sektor vil bli hvordan oppgavene best kan fordeles og hvordan best dra nytte av de fortrinn begge forvaltningsnivåene besitter. Pasientenes helseutfordringer, spesielt de med kroniske sykdommer, pasienter med langvarige og sammensatte behov, som for eksempel eldre personer med flere sykdommer, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. Disse vil trenge både spesialisthelsetjenestens kompetanse og det spekter av tilbud som kommunen kan tilby.⁵⁸

Nå er også lovgivningen utformet ulikt for det enkelte tjenesteområdet, noe som kan bidra til å gjøre samarbeid mellom tjenestenivåene vanskeligere å gjennomføre. Den lovgivningen som foreligger pålegger heller ikke noen nivåer eller strukturer under departementsnivå å ha ansvar for helheten i tjenestene.⁵⁹

En har også tenkt på at pasienten og brukeren har behov for medvirkning og at denne medvirkningen kan tjene til samhandlingens beste og gi pasienten kompetanse i å være med å beslutte i sin egen behandlings-/samhandlingsplan

- «deltakelse fra pasienten i eget forebyggings-, behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsopplegg
- deltakelse fra pasient- og bruker- organisasjoner i prosesser på systemnivå. Det vil si i utvikling og utforming av systemer og overordnede beslutninger, som gir rammene og forutsetningene for hvordan tjenestene blir ytt til den enkelte pasient.»⁶⁰

Det betyr ikke at pasientens meldte behov skal måtte følges opp, dertil må en følge allerede oppsatte regler og rammer for hvilke helsetjenester som skal kunne gis.

⁵⁸ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt.5.2

⁵⁹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt 5.1

⁶⁰ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt 5.1

Dessuten vil faglige og etiske normer påvirke utføringen av tjenesten.⁶¹

6.4 Pasient- og brukerombud, kontaktperson

En utvidelse av pasientombudenes virkeområde er i Stortinget vedtatt skal gjelde fra 1. september 2009. Det heter nå Pasient- og brukerombud og har sin funksjon i forhold til kommunale helse- og omsorgstjenester.

I dag har bruken av pasientombud vist seg å være gunstig som bindeledd mellom pasient og helsetjenesten. Behovet har vist seg å være for snevert, der pasienter knyttet til bruk av spesialisthelsetjenesten har kunnet be om hjelp fra pasientombudet.

Ordningen, slik den nå er bestemt, innebærer at langt flere pasienter som hører inn under de kommunale helse- og sosialtjenester nå er omfattet av ombudsordningen.⁶²

Det er tidligere skrevet om individuell plan og funksjonen den har for pasienten og brukeren. Hovedutfordringen vil derfor bli der pasienten har behov for helhetlige tjenester fra begge nivåer. Regjeringen mener en må sette iverk systemtiltak for å manifestere samhandlingen, noe som kan påvirke råderetten internt i begge forvaltningsnivåene og internt i de forskjellige virksomhetene i nivåene. Regjeringen mener å kunne utbedre dette ved å ha en fast person som pasienten og brukeren kan henvende seg til og som kan hjelpe til med det koordinerende tilbud. Dette skal være en del av det daglige arbeid for denne *kontaktpersonen*, slik fastlegen har det i forhold til sine pasienter og pasientansvarlig lege eller psykolog har det på sykehusene.

Disse kontaktpersonene, som kan være fysioterapeut, sykepleier, sosionom, ergoterapeut eller andre, skal pasienter og brukere kunne henvende seg til og få hjelp i de situasjoner det er behov for koordinerende helsehjelp, samt kunne få faglig veiledning og informasjon, uten at ansvars- eller fullmaktene skal endres eller at dette skal gå ut over den daglige arbeidssituasjon. Det er ikke endelig klarert hvordan denne ordningen med kontaktperson vil bli i praksis, men det er tenkt på klarere ansvarsplasseringer og *forenkling* ved også å gå igjennom gjeldende *lover og regler*. En ønsker å *samle disse*, slik at de på en bedre måte kan bli nyttige for samhandlingen innen helsetjenestene.⁶³

⁶¹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt 5.1

⁶² St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 5.2.1

⁶³ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 5.4.2.1

6.5 Begrense og forebygge sykdom

Et annet av hovedutfordringene i samhandlingsreformen er arbeidet med å begrense og forebygge sykdom og helseskader. Idag er det mest fokus på behandling av sykdom, og de med kompliserte helseproblemer og kroniske sykdommer blir behandlet av spesialisthelsetjenesten. Forebygging av helseproblemer og sykdom, vil kunne begrense og bidra til å utsette at sykdom oppstår, dersom en går inn med tidlig behandling og samhandling av helsetjenester. Selv om utfordringen gjelder forebyggende helsearbeid, vil det fortsatt måtte satses på godt utbygd tilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten for de med alvorlige og kroniske sykdommer i samsvar med de rettigheter den enkelte bruker har. Dette må videre prioriteres gjennom å utvikle gode system- og holdningstiltak.

Det har gjennom tidene vist seg, at det å ha praksis for å drive forebyggende helsearbeid er vanskelig når ressursene er knappe og en også må ha fokus på å behandle alvorlige sykdomstilstander.

Regjeringen håper imidlertid, at ved å legge tilrette tjenestetilbudet slik at mange kan hjelpes og slik at sykdomsutviklingen hindres tidlig, vil dette gi en samfunnsøkonomisk gevinst og samtidig gi pasientene økt helsegevinst. En innsparing i forhold til kostbar sykehusbehandling og gi riktigere behandling vil føre til økt livskvalitet for kronisk syke og eldre, og i tillegg vil en få pasienter raskere tilbake til arbeid. Det at pasientene skal få tidlig, riktig behandling og rehabiliteringstiltak, vil kunne bedre funksjonsevnen. En håper at det vil resultere i reduserte sykemeldinger, spesialisthelsetjenester, tjenester innen pleie- og omsorg, og hindre at pasienter kommer på sykehus og oppta institusjonsplasser dersom behandling kunne ha blitt utført på en mer effektiv og økonomisk gunstig måte i kommunen.

Det er idag en mangel i pasientbehandlingen ved overføringen mellom kommunehelsetjenesten og sykehus. Det foreligger ikke idag gode nok rutiner, noe som medfører at pasienter unødig havner på sykehus. « Anslag viser at hver syvende somatisk sykehusseng i 2007 var belagt med pasienter som enten var utskrivningsklare eller som aldri burde vært på sykehus. Fortsetter vi den samme praksisen vil hver fjerde til femte somatiske sykehusseng i 2030 være belagt med denne pasientgruppen, grunnet økning av andelen eldre. Tilsvarende tall for psykisk helsevern er nærmere hver tredje seng.

*Dette gir i tillegg store utfordringer knyttet til lange ventelister fordi mange av sykehussengene oppholdes av de som ikke trenger å være der til trengsel for de som har behov for sykehustjenester».*⁶⁴

En annen side av samhandlingsreformen mener en kan føre til, at kommunen vil ha sterke føringer og ansvar i bruk av spesialisthelsetjenester vil det kunne føre til at tjenestene er lettere tilgjengelige for kommunens befolkning og at bruken av disse tjenestene vil kunne øke !

Slik det blir framstilt i stortingsmeldingen, vil det bli et viktig arbeid for kommunene å kunne få muligheter til å påvirke denne utviklingen. Det er planer om økonomiske insitamenter for å engasjere kommunene i deres arbeid og det vil bli viktig for implementeringen av denne omfattende reformen. Dagens finansieringssystem medfører ikke noen god løsning på arbeidsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene, eller gir inspirasjon til gode samarbeidsløsninger og helhetlige behandlingsforløp for pasientene. Finansieringen er slik at økt vekt på forebygging gir kommunene kostnad, mens spesialisthelstjenesten vil se gevinsten i form av færre liggedøgn på sykehus.

Det viser seg også at mange pasienter ofte blir liggende på sykehus, fordi det ikke er andre alternative tilbud i kommunene og at det ikke koster noe for kommunene å henvise pasienten dit, eller at sykehusene har pasientene utover den optimale behandlingperioden. Det er heller ikke lagt opp noen finansieringssystemer som intensiverer kommunal oppfølging av helsetjenestene som er lagt til sykehusene.

Spesialisthelsetjenesten har økonomiske insentiver innen somatisk virksomhet der økt effektivitet og produktivitet gir bonus, mens det ikke er noen økonomisk gevinst på forebyggende helsearbeid eller arbeid for å hindre sykehusinnleggelser. Dette er noe regjeringen vil forbedre, samt gjøre noe med de helsepolitiske utfordringene samhandlingsreformen står ovenfor. For å løse dette ønsker regjeringen å gjøre noen endringer på finansieringsområdet, som

1. å innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
2. å overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene

⁶⁴ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt 3.2.2

6.6 Demografisk utvikling vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Den demografiske utviklingen vi står ovenfor i kommende år, fram mot år 2050, vil vi få betraktelig økning av eldre. Dette vil komme til å kreve en bærekraftig helsetjeneste.

Statistisk Sentralbyrå antyder at folketallet fortsetter å stige jevnt til 5,4 millioner i 2030 og 5,8 millioner i 2050, og at antall personer over 80 år og eldre kan komme til å øke fra 190.000 i 2000 til nesten 320.000 i 2030 og over 500.000 i 2050. Det betyr igjen at forholdet mellom den yrkesaktive delen av befolkningen får noe å bety for den delen av befolkningen som er avhengig av pensjonsfordeler, velferds- og omsorgsgoder, samt helsetjenester i mange år. For å vise til noe statistikk på området har Statistisk Sentralbyrå disse anslagene for aldersbæreevne:

I 2000 var det 4,7 personer i yrkesaktiv alder per en eldre, mens koeffisienten for aldersbæreevne reduseres til 3,5 i 2030 og 2,9 i 2050. Videre viser omsorgsutgiftene at de kommunale omsorgstjenestenes utgifter vil øke fra 3,4 prosent av bruttonasjonalproduktet i 2005 til 6,7 prosent i 2050.

En tror at den yngre del av befolkningen som trenger helsehjelp og omsorgstjenester også vil kunne øke i årene framover. Sykdommer knyttet til folks levevaner, alvorlige og kroniske sykdommer, psykiske lidelser er sykdommer som er i vekst og vil derfor også medføre økende samhandlingsbehov.

For ytterligere å forklare hvordan helseutvikling og utgifter til helsetjenester vil påvirke samfunnets økonomi viser regjeringen til beregninger fra Verdens helseorganisasjon som har funnet ut at diagnosen *depresjon* er den diagnosen som i sterkest grad vil påvirke kostnadene i helsebudjettet i 2020. Dette betyr også at utgiftene til uførepensjon vil øke. Dette fordi vi idag ser at hver tredje person som er uføretrygdet i Norge idag har fått innvilget sin pensjon på grunn av at personens hoveddiagnose er en psykisk lidelse. Og det antydes videre at dersom denne utviklingen føres videre vil de offentlige utgiftene øke fra ca. 44 prosent av fastlands bruttonasjonalprodukt idag til 55 prosent i 2060. Departementet påpeker hvor viktig det er at de personer som er utenfor

⁶⁵ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 3.3.4

arbeidslivet på grunn av sykdom *raskest mulig kommer tilbake til arbeid og aktivitet*. Dette har stor samfunnsøkonomisk betydning. Dette arbeidet er *prioriterte oppgaver i NAV* og vil framover få ytterligere fokus i sammenheng med innføringen av samhandlingsreformen.

Det er videre påpekt at etterspørselen hos nordmenn når det gjelder helsetjenester er økende og vil øke kostnadene på helsetjenestene. Innenfor OECD-landene er Norge det land som bruker flest offentlige helsekroner pr. person.

Utfordringen framover blir å få best utnyttelse av de helsekroner en har til benyttelse, slik at en kan opprettholde det grunneleggende «gode» et offentlig utbygd helsetilbud er for den enkelte, og de verdier velferdsmodellen står for i det norske samfunn.⁶⁶

7 FINANSIERING AV HELSETJENESTENE

For å kunne lykkes med samhandlingsreformen er det viktig å få etablert finansiell fordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene.

Slik den økonomiske fordelingen fungerer idag, inspireres ikke partene til å finne gode og helhetlige løsninger for pasientene. Det er i hovedsak fokus på enkeltbehandling og diagnostisering framfor forebyggende tiltak.

De fire regionale helseforetakene (for hele landet) får statlige tilskudd til sitt formål for også å drive spesialisthelsetjenesten innenfor de mål og prioriteringer som er gitt.

Helsetjenesten finansieres ved en tildeling som består av en del til basisdrift og en som er rettet mot aktivitetene. De fire regionale helseforetakene får basisbevilgningen fordelt mellom seg etter at det er vurdert elementer i befolkningen som tilsier at det må taes stilling til ved tildelingen for at denne skal bli så likhetsbetont på landsbasis som mulig.

I basisbevilgningen inngår midler til somatisk pasientbehandling (60%) og aktivitetsbasert (40%). De regionale foretakene får bevilget til konkrete aktivitetskrav etter oppgitte DRG-poeng til de statlige, styrende myndigheter.

I basisbevilgningen innebærer også midler til behandling av rusmisbrukere, psykisk syke, samt til opplæring av pasienter og pårørende, til forskning og utdanning. Også til foretakets bygg og anlegg når det er aktuelt med gjenanskaffelse og til vedlikehold.

⁶⁶ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt.3.2.3

Det er skatteinntekter som i hovedsak finansierer de kommunale helse- og omsorgstjenester og rammeoverføringer fra staten (i underkant av 70%) men også finansieres ved direkte rettede tilskudd, bidrag fra folketrygden og fra brukernes egenbetaling. Rammeoverføringene til kommune ved systemet IS, er lagt opp til en fordeling som skal være objektiv og utjevnende. På den måten vil de kommunene som ellers har store kostnader og små inntekter kunne få større overføringer for å betjene sine innbyggere mer likt med andre kommuner. Kommunene står selv fritt til å prioritere ressursene mellom sine innsatsområder som helse- og omsorgstjenester, skoler, SFO, barnehager osv.

De legene som tjenestegjør ved sykehjemmene får hele sin lønn og blir finansiert av kommunene. *Fastlegen*, som har avtale med kommunen, finansieres slik: 30% basistilskudd fra kommunen, folketrygden finansierer 35% og pasientene betaler selv en egenandel på 35%. ⁶⁷

Finansieringssystemet, slik det er idag, gir altså ikke kommunene noen fordeler ved å ha oppfølgende virksomhet ovenfor den del av helsetjenesten som foretar aktive tjenester, mens det i spesialisthelsetjensten er finansierungsordninger som insprerer til økt aktivitet og produktivitet.

Dette er noe regjeringen ønsker å se nærmere på, og har tre innsatsområder for å bedre dette; innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene og øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten. ⁶⁸

Det er forklart litt om dette tidligere i oppgaven, at når det gjelder kostnadsutviklingen for helse- og omsorgssektoren må denne styres slik at kostnadene ikke øker utover det nivå som er blitt politisk bestemt. Videre at aktiviteten på de kommunale helsetjenestene ikke skal gå ut over satsingen på spesialisthelsetjenestene.

Ved å gi kommunene en ny finansiell rolle idet de skal være med å finansiere spesialisthelsetjenesten, vil dette også påvirke kommunene slik at de bedre vurderer hvordan få mest og best helsetjenester ut av de midlene de har til rådighet. Departementet er av den oppfatning at kommunene vil kunne øke innflytelsen på spesialisthelsetjenesten og bruken av denne ved å gi insitamentordninger som da insprerer kommunene til innsats på området. Regjeringen ønsker derfor på sikt å se på fire ulike helserelaterte forhold

⁶⁷ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 9.3

⁶⁸ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 9.1

som er relevante å vurdere

- «hvor stor andel av sykehusbruken kan påvirkes av gode effekter av relevante forebyggingstiltak
- hva påvirker henvisningspraksis til spesialisthelsetjenesten
- hva er et godt pasientforløp
- hvordan identifisere forhold der politisk eller faglig myndighetsnivå bør gjennomføre endringer som bedre understøtter god lokal oppgaveløsning.»⁶⁹

7.1 Kommunal medvirkning til finansiering av spesialisthelsetjenesten

Som tidligere antydnet er det regjeringens beslutning at det fra 2012 skal være kommunenes plikt å finansiere deler av spesialisthelsetjenesten. Det er *tre ulike forslag* til hvordan dette best kan løses; ved enten å medfinansiere for alle diagnoser og aldre, eller å avgrense i forhold til diagnose, eller i forhold til alder.

Det at kommunene får et medansvar for finansieringen av den medisinske behandlingen i spesialisthelsetjenesten, medfører at deler av tilskuddene som idag overføres til de regionale helseforetakene, da skal overføres til kommunene. For de somatiske pasientene vil DRG-poeng være grunnlaget for medfinansiering, mens for andre pasienter vil liggedøgn/polikliniske takster være grunnlaget. Videre er det også nevnt en medfinansierings andel på 20% ved alle de tre forslagene ovenfor her.

Regjeringen vurderer det slik, at ved lavere andel fra kommunene vil det redusere den risiko små kommuner vil kunne ha. Det er uansett virkningen ved insentivene som er en hovedsak ved omleggingen av finansieringen. En ønsker å se hvordan ordningen virker på sikt og forventer at dette kan gjøre kommunene mer bevisste på utgiftene til helsetjenestene, og spesielt nevnes spesialisthelsetjenestene. Kommunene vil måtte ha tettere oppfølging og effektivisere sine helse- og omsorgstjenester og som tidligere også nevnt at det er mulig å vri prioriteringene til sterke innsats på forebygging og se helsetjenestene i et mer helhetlig perspektiv for sine innbyggere. En vil nok se at kostnadene til helsetjenester i hver enkelt kommune sannsynligvis vil variere fra år til annet grunnet uforutsigbare utgifter ved bruk av spesialisthelsetjenester. Det vil bli sett på løsninger som skal redusere risikoen for de små kommunene. Det er en mulighet for

⁶⁹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt.9.2

at det legges opp til en gradvis innføring av maksimal betaling for hver pasientbehandling, og dette vil redusere risikoen når utgiftene til enkelte behandlinger kan bli kostbare. ⁷⁰

Praksis i andre nordiske land:

I Sverige og Danmark har en valgt å foreta kommunesammenslåing og har samlet helsetjenester på ett forvaltningsnivå. I Finland er det valgt løs på en annen måte, og har helsetjenesten i kommunene (348 kommuner). Det er lovbestemt inndeling av sykehusdistrikt (20). ⁷¹

Videre er det i Danmark årlige avtaler mellom danske KS og Sunnhetsministeriet om i hvilken grad det er forventet aktivitet i spesialisthelsetjenesten og dette styrer da størrelsen på overføringen til kommune. ⁷²

Det skal fra departementets hold arbeides videre med en modell for å kunne bestemme medfinansieringsandelen, finne løsning på de mider som befinner seg mellom kommuner og regionale helseforetak, og for å kunne beregne neste års overføringer til kommunene. På grunn av forventet vekst i aktivitetene i sykehusene vil det også måtte sees på hvordan det kan kompenseres for kommunene, og vurdere behovet for risikodempende tiltak. ⁷³

For at kommuner og samarbeidende kommuner, samt helseforetak skal kunne få til et formelt samarbeid ønsker regjeringen å lovfeste at det må foreligge samarbeidsavtaler. Dette for å ha en ansvarsfordeling om oppgavene seg imellom, om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene og slik at spesialisthelsetjenesten bistår kommunen når det er nødvendig med kompetanse og kunnskapsoverføring. Dette for at kommunen skal kunne utføre sine oppgaver forsvarlig. Noen kommuner vil kunne ha avtale med flere helseforetak. I det lovpålagte avtalesystemet vil det fortsatt være helseforetaket som skal ha hovedansvaret for spesialisthelsetjenester. Avtalen må også ha med pasienters *rett til fritt å velge sykehus*. ⁷⁴

⁷⁰ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 9.4

⁷¹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 9.4.3

⁷² St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 9.4.4

⁷³ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 9.7.3

⁷⁴ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 6.12

8 SPESIALISTHELSETJENESTEN I UTVIKLING

Det vil fortsatt være behov for en spesialisthelsetjeneste som kan utvikle seg på samme nivå med internasjonale miljøer, og bruke tilsvarende metoder og teknologi. Det er videre viktig at det videreføres muligheter til å utvikle miljøer som har fokus på og beholder kvaliteten på sine spesialisthelsetjenester. Mange av de tjenester som utføres idag, slik som meniskoperasjoner og mindre dagkirurgiske inngrep, vil fortsatt kunne utføres uten at det kreves koordinerende samhandling.

Kravene til kvalitativt gode tjenester vil henge sammen med, at på den ene siden skal spesialisthelsetjenesten dekke det behov pasientene har for den kompetanse den innehar til å kunne behandle innenfor sitt spesielle område og på den andre siden vil samhandlingen med kommunene og det helhetlige pasientforløpet bli veldig sentralt.⁷⁵

Det er i liten grad tatt stilling til private leverandører, men det er framhevet at god dialog og gode avtaleformer mellom foretakene og de private leverandørene er viktig.⁷⁶

I samhandlingsreformen blir det lagt vekt på utviklingen i kommunene, og da med vekt på organisering og kompetanse- og ressursmessig utvikling. Dette vil påvirke sykehusene til å organisere og utvikle det de har som fortrinn. Slik de er organisert idag preges organiseringen av vertikal tenkning og kompliserte henvisningsrutiner, og dette forplanter seg til organisasjonene, profesjonene, sykehusbyggene, utdanningen og forskningen. Dette mener regjeringen kan gi pasientene opplevelse av uforutsigbarhet i behandlingsforløpet og det på områder der man burde kunne fått til sammenhengende tjenester, samt mangel på ansvar for det helhetlige pasientforløpet.⁷⁷

Spesialisthelsetjenesten og kommunhelsetjenesten skal utvikles slik at det blir likeverdige parter. Det må utarbeides arenaer for kommunikasjon og utvikling av de tjenester som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå. Kommunene må opparbeide en faglig kompetanse for å kunne samhandle og sette krav til sykehusene.⁷⁸ Oppgavene på sykehusene vil samtidig bli mer spesialisert og en vil kunne rendyrke de

⁷⁵ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 10.1

⁷⁶ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 10.2.4

⁷⁷ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 10.1

⁷⁸ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 10.2.2

oppgavene de spesifikt skal ha. Regjeringen legger føringer for at mulighetene for bedre strategisk og faglig utvikling vil gi høy internasjonal kvalitet på spesialisthelsetjenestene.⁷⁹

8.1 Kontroll og styring

Utfordringene i forbindelse med reformen vil for spesialisthelsetjenesten bli på det ledelsesmessige og på det organisatoriske plan. Slik det fungerer for spesialisthelsetjenesten idag ønskes videreført, samtidig som det samarbeidet som er planlagt skal foregå med kommunehelsetjenesten må bli ansvarliggjort både på organisatorisk og på et faglig overordnet nivå.⁸⁰ For å lykkes med samhandling både innad i, og mellom nivåene, er det vesentlig for reformen at det ledelsesmessige ansvaret er tydelig plassert. Mange av de samarbeidsproblemene som synes å prege begge nivå idag, er at oppgavene forventes løst av personell som ikke har tilstrekkelige fullmakter og ansvar. Dette blir viktig å få avklart der flere kommuner samarbeider om tjenesten.⁸¹

Utgiftene til spesialisthelsetjenestene har økt de siste 10 årene. Ulike forhold kan forklare denne økningen, og det blir påpekt at mangelfull økonomisk styring er medvirkende årsak til det økte kostnadsnivået. Endringene i forhold til finansieringsmodeller (forklart tidligere i oppgaven) skal dreie ressursene dit det er mest ønskelig. Nasjonal helseplan er et tiltak som skal sikre at det blir en fordeling av ressurser i helse- og omsorgstjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha en oppfølging og en stram kontroll fra departementet, slik det har vært praktisert de siste årene med krav til de regionale helseforetakene. Slik denne eierstyringen fungerer vil bli utviklet og styrket ytterligere som en konsekvens av samhandlingsreformen. Departementet mener at økonomisk kontroll blir viktigere enn noen gang.⁸²

⁷⁹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 10.2

⁸⁰ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 3.3.5

⁸¹ St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 15.2

⁸² St.melding nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen pkt. 10.2.5

8.2 Regjeringen har lagt opp til en offensiv satsing på samhandlingsreformen både i forhold til nye samhandlingsreformer og lovforslag. Viser i sin helhet til forslagene i Prop.1S (2010 – 2011) for budsjettet i inneværende år. ⁸³

« Fra Prop. 1 S (2010 – 2011) for budsjettåret 2011.

Brukerne er avhengige av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede. Mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen.

Helsetilsynet har avdekket svikt i kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres til sykehjem. Sykehuset har ikke myndighet til å bestemme behandlingen i sykehjem. Mange brukere opplever at de selv må styre samhandlingen mellom aktørene. Dette rammer særlig syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering. Mangel på helhet og samordning er en av de største utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Derfor har regjeringen lansert samhandlingsreformen som skal bidra til å gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud. Gjennom reformen legges det til rette for at flere sykdommer skal forbygges og behandles i kommunehelsetjenesten eller i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens rolle skal utvikles for å tilrettelegge for tydeligere prioriteringer og bruk av kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Regjeringens hovedgrep er å utvikle en sterkere helse- og omsorgstjeneste i kommunene, som i større grad kan oppfylle ambisjonene om forebygging og tidlig innsats. Regjeringen vil etablere økonomiske insentiver som legger til rette for at kommunene kan ta en større del av oppgavene.

Tilbudet i spesialisthelsetjenesten må tilpasses lokale utfordringer. Ingen lokalsykehus skal legges ned. I noen tilfeller vil det bli bygd nye sykehus som erstatter flere gamle som ligger i nærheten. Arbeidet for bedre funksjonsdeling mellom sykehusene skal fortsette. Det betyr at enkelte sykehus i framtiden skal gjøre andre oppgaver enn i dag.

Akuttfunksjoner og fødetilbud skal være nær der folk bor, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus. De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for å tilrettelegge sykehusstilbudet for framtidens utfordringer i tråd med nasjonale føringer. På sikt er det betydelige utfordringer med hensyn til personellbehov i helse- og omsorgstjenesten. Gjennomføring av samhandlingsreformen skal bidra til å sikre en bærekraftig utvikling på personellområdet.

⁸³ Prop. 1 S (2010 – 2011) for budsjettåret 2011 (www.regjeringen.no)

Det tas sikte på at samhandlingsreformen skal settes i verk 1.januar 2012. Regjeringen vil ta sikte på å legge fram Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2014), i form av en stortingsmelding våren 2011. Planen skal være et operativt verktøy for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester. Den skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten.

Det gjennomføres høring på utkast til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste høsten 2010. Forslaget følger opp det juridiske grunnlaget for samhandlingsreformen. I tillegg ivaretar lovforslaget harmonisering av tjenester som i dag er regulert i to lover – sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Det legges vekt på samarbeid og samhandling mellom deltjenester på samme forvaltningsnivå og mellom forvaltningsnivåene, slik at pasienter og brukere i større grad vil få gjennomgående og helhetlige pasientforløp og tjenester. Det tas sikte på at lovforslag kan fremmes for Stortinget våren 2011.

Det gjennomføres høring på utkast til ny folkehelselov høsten 2010. Loven synliggjør ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler på folkehelseområdet for alle nivåer og sektorer. Målet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, som bidrar til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse og som bidrar til jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Det tas sikte på å legge fram forslag til ny lov om folkehelsearbeid for Stortinget våren 2011.»

9 HØRINGSNOTAT – FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV ⁸⁴

Sosial- og helsedepartementet har forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov ute til høring (høringsbrev dat.15.okt.2010). Høringsfristen er ute, men det er ikke fremmet noe lovforslag til Stortinget pr. 1.april 2011. Innholdet i høringsnotatet blir her presentert i et sammendrag, der de punkter som er vesentlige ut fra denne avhandlingen blir kommentert.

Alle de forslag til endringer i samhandlingsreformen ligger til grunn for å samle mye av

⁸⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. (www.regjeringen.no)

dette i en lov. Det er forslag om å fjerne skillet mellom helse- og omsorgstjenester, og få felles regelverk. Det skal også være felles klage og tilsynsinstans.

Helsepersonelloven skal gjelde for alle som tjenestegjør etter den nye loven, også de som pr. idag yter tjenester etter sosialtjenesteloven og som idag pr. definisjon ikke er å anse som helsepersonell (etter dagens helsepersonellov).

Det er videre forslag om at pasient- og brukerrettigheter etter kommunale helse- og omsorgstjenester skal være som tidligere, men at dette samles i pasientrettighetsloven. Dette for at det skal bli enklere for pasienter og brukere som har flere tjenestesteder, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformens formål er framheve det ansvar kommunen har med helsefremmende og forebyggende arbeid, og det er nå forslag til ny lov om folkehelsearbeid. Det foreslås lovregulert at kommunene og spesialisthelsetjenestene skal legge til rette for konkret samhandling, og det er også tenkt å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Det vil kunne medføre at partene er mer likeverdige og sikre at praksis på området blir mer enhetlig.

De høringsforslag som kommer fram i denne høringen til ny *kommunal helse- og omsorgslov* (skal erstatte og harmonisere dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov), *forslag til ny folkehelselov*, samt *stortingsmelding om nasjonal helse- og omsorgsplan* er sentrale virkemidler for å realisere og gjennomføre samhandlingsreformen.

Ved tildeling av helsehjelp, etter pasientrettighetsloven, gjelder som hovedregel ikke forvaltningslovens bestemmelser idag. Departementet har forslag om at forvaltningsloven skal gjelde ved tildeling av hjemmetjenester og plass i institusjon, dersom oppholdet varer i mer enn to uker. Unntatt er tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven, der kap. IV og V ikke får anvendelse.

Det legges også opp til en tydelig ansvarliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester, slik spesialisthelsetjenesten har et overordnet ansvar innenfor sitt område. Departementet mener det bør være enhetlig form på hvordan de ulike tjenesteområdene regulerer sitt overordnede ansvar. Kommunene gis stor frihet i hvordan de kan organisere dette. For å tydeliggjøre hva dette ansvaret imidlertid innebærer er det forslag om at kommunen må planlegge, evaluere og korrigere

virksomheten slik at tjenestene blir utført etter bestemmelsene i lover og forskrifter. Tilsvarende vil gjelde for spesialisthelsetjenesten. Det er også forslag om at både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal gis et verdig, *helhetlig* og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud. Forsvarlighetskrav på systemnivå er det foreslag om skal presiseres.

Kommunens plikter foreslås gitt en profesjonsnøytral angivelse, med unntak av fastlegene som kommunen har et krav om å organisere og dermed må lovfeste. Tanken bak dette er at denne formen skal gi en lettere måte å arbeide på, på tvers av profesjonene og mellom deltjenester.

Det påpekes fra departementet at *fastlegen* får en meget sentral rolle for å nå målsettingen med samhandlingsreformen. Det vil bli vurdert å foreta endringer i fastlegeforskriften for å kvalitetssikre og sikre de tjenester fastlegene har ansvar for ovenfor sine pasienter. Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende krav om rapportering er også noe som foreslåes.

Departementet ønsker også en videreføring av *kommunelegeordningen*, da en mener at medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er gunstig for de oppgavene kommunene står ovenfor av ikke-klinisk karakter etter dette lovforslaget og til ny lov om folkehelsearbeid.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil få overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det er ikke lagt føringer for hvilke konkrete oppgaver dette dreier seg om, men det er tenkt en gradvis oppbygging av kompetanse og kvalitet. Det legges her vekt på at lovpålagte avtaler vil regulere behovet for gjensidig tilpasning.

En anser også behov for at kommune har døgntilbud for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for *øyeblikkelig hjelp*. Det er ikke lagt opp til at det skal være noen kommunal plikt, men det er forslag om at det bør lovfestes. Det skal i så fall vurderes til at det er mer hensiktsmessig for pasienten og for henvisende lege.

Pasientrettigheter.

Pasienter og brukeres rettigheter er tenkt skal videreføres i pasientrettighetsloven. Det

er ønskelig med harmonisering av regeverket som kan medføre en forenkling for pasienter

og brukere. Det er foreslått en ordning slik det gjelder for spesialisthelsetjenesten idag med hensyn til pasient- og brukermedvirkning.

Det er imidlertid vurdert, i høringsnotatet, om forsvarlighetskravet er ivaretatt i forhold til pasientrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2 når pasienter må vente på helsehjelp det enten det dreier seg om å få tatt prøver eller vente på at behandling utføres. Hva som er forsvarlig vil nødvendigvis bli en faglig vurdering, men pasienten skal ikke måtte vente på utredning og behandling unødvendig lenge. Pasientrettighetslovens hovedbestemmelse om vurderingsfrist på 30 dager, etter å ha blitt henvist til spesialist, skal bidra til at behandlingen foregår innenfor det som skal kunne sikre at behandlingen utføres innenfor en forsvarlig ramme.

Ved alvorlige diagnoser er fristen for vurdering kortere, og for unge med psykiske lidelser og rusavhengige pasienter er fristen satt til 10 dager. Alle pasienter som henvises har rett på informasjon om når helsehjelp vil bli gitt. Det skal også spesielt vurderes om rett til prioritert helsehjelp og det skal settes en frist for når de pasientene har rett på behandling.

Hovedformålet med reglene er å sikre rask behandling, rask tilbakemelding til pasienten og til henvisende lege, og rask behandling for de som vurderes å ha rett til prioritert helsehjelp.

I forarbeidene til pasientrettighetsloven slås det fast at det rent faglig ikke er mulig å stille en diagnose på alle pasienter innen 30 dager. Diagnostisering kan være en mer tidkrevende oppgave, der selve planen for utredning kan bli en prosess som tar tid. I noen slike tilfeller vil kun starten på utredningen kunne begynne innen fristen. Er dagens frist på 30 dager for vurdering til behandling hos spesialist for lenge å vente for pasienten og er det behov for at fristen settes til det eller er det mulig å gjennomføre vurderingen tidligere. Henvisningen til helseforetakene må uansett vurderes med en gang for å se om rett til prioritert helsehjelp foreligger. Om det ventes med vurderingen til 30 dager har gått kan det bli lenge å vente på selve behandlingen.

Det fortelles i høringsutkastet om en studie angående virkningen av innføringen av individuell frist for prioriterte grupper. Resultatet viste at det ikke har medført noen redusert ventetid, men har gitt lavere ventetid for de med lavere prioritet.

Departementet ønsket en tilbakemelding på om vurderingsfristen skal være mindre enn 30 dager for enkelte pasientgrupper og endre på reglene for at fristen for prioriterte pasienter kan settes til tidspunktet for vurderingen og ikke til dato for påbegynnende behandling. Videre uttrykker departementet skepsis til plan for behandlingsløpet og til for mye byråkratisering. Det settes fokus på, at selv om fristen for vurdering etter pasienrettighetsloven overholdes er det like viktig at det ikke blir uforsvarlige brudd i behandlingsforløpet.

Videre er det forslag om en presisering av pasienrettighetslovens § 2-2, der det skal være en plikt til forsvarlighet og at pasienten gis et helhetlig helsetilbud. Det er departementets mening, at regelverket skal bidra til at helsetjenestene skal fungere på sitt beste. Selv om problemstillingene er drøftet, er det foreløpig ingen bestemmelse om at pasientrettighetsloven skal endres.

Koordinator for pasienter og brukere.

Oppnevning av koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester er tenkt lovfestet. Koordinatoren vil ha en ansvar ovenfor den personen som har behov for koordinering av ulike tjenestetilbud og eventuelt ved behov også sørge for at det er framdrift i arbeidet med individuell plan.

Departementet foreslår en lovfesting av et avtalesystem mellom kommunen og helseforetak/regionale helseforetak. Dette bør gjøres for å etablere en felles forståelse av de oppgavene de er lovpålagt og det vil i tillegg gi en mer enhetlig praksis og gjøre kommunene til mer likeverdig part i avtalen.

Det som også er et veldig viktig punkt i reformen, er i størst mulig utstrekning hindre at pasienter unødvendig blir innlagt på sykehus og gjøre det enklere å få pasienter utskrevet idet de er ferdig behandlet. Det vil være gunstigere for kommunene, om innleggelser i sykehusene kan planlegges og gjennomføres mer til riktig tidspunkt. Årsaken til dette er at de *lange ventelistene* for behandling hos spesialisthelsetjenesten vil koste mye for kommunene, som da i ventetid på innleggelse må basere seg på å yte hjemmebaserte tjenester til pasientene.

Ansvar og oppgaver på et administrativt nivå er regulert i spesialisthelsetjenesteloven og er planlagt vil komme i den nye loven om helse- og omsorg. Det som kan bedre og

gjøre oppgaveløsningene for pasientforløpet klarere for begge nivå, er de avtalene som bør ligge til grunn for dette.

I forhold til klagemuligheter for pasientene er dette tenkt regulert i pasientrettighetsloven og tilpasset regler om klage i forvaltningsloven. Det er i tillegg tenkt at klageorganet ikke skal ha beslutningsmulighet til å treffe nytt vedtak. Det er foreløpig ikke tatt stilling til om det er Fylkesmannen eller Helsetilsynet som skal ha tilsyn med helsetjenesten, personell og virksomhet regulert etter særregler i den nye loven.

Det er planer om en forskriftshjemmel for å regulere og fordele utgiftene mellom kommuner, der det er et behov. Samtidig videreføres den forpliktelse hver kommune har til å finansiere de helsetjenestene de er satt til å yte, og at egenbetaling skal hjemles i egen forskrift.

Departmentet har videre tenkt å stille som krav i ny lov at det skal brukes standarder som er utviklet for elektronisk samhandling ved dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk, planlegge og utvikle journal- og informasjonstjenester for å effektivisere helsetjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet har den 8.april 2011 lagt fram en proposisjon til Stortinget med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Skal ikke utdype noe fra forslaget, bare nevne at pasientrettigheter ble nevnt videreført lik dagens nivå.⁸⁵

10 HØRINGSNOTAT – FORSLAG TIL NY FOLKEHELSELOV ⁸⁶

Samtidig som høring til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kom, ble det også en høring til ny folkehelselov (høringsbrev dat. 14.10.10). Dette har sammenheng med samhandlingsreformen. Høringsfristen er ute, men det er ikke fremmet noe lovforslag til Stortinget pr. 1.april 2011. Innholdet i høringsnotatet blir her presentert i et sammendrag, der de punkter som er vesentlige ut fra denne avhandlingen blir kommentert.

Forslaget til den nye folkehelseloven vil angå både kommunene og fylkeskommunene. Den vil samtidig regulere statlig helsemyndigheters folkehelsearbeid både på lokalt og

⁸⁵ Prop. 91 L (2010 – 2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (www.regjeringen.no)

⁸⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. Høringsnotat – forslag til ny folkehelselov. (www.regjeringen.no)

regionalt plan. Loven skal erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, miljørettet helsevern og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Med ny folkehelselov foreligger det en styrking av folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling, og for videre planarbeid med utfordringer den enkelte kommune står ovenfor. Det kreves god kunnskap om helseutfordringene i den enkelte kommune og det skal utarbeides plan etter plan- og bygningsloven der strategier, mål og tiltak er nedfelt. Lovforslaget gir et bedre grunnlag for samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Ansvar for folkehelsearbeidet vil bli lagt til kommunen med alle sine sektorer, og ikke bare til helsesektoren, for å fremme folkehelsen. Kommunen skal ha oversikt over hva som er helseutfordringer og hvilke faktorer som påvirker disse. Til hjelp for kommunen i dette arbeidet skal statlige myndigheter og fylkeskommunene kunne gi nødvendige opplysninger.

Hovedtaken med den nye loven er at forebyggende helsearbeid skal fremmes og at tiltak rettet mot *generelle grupper* skal reguleres av folkehelseoven. Kommunelegen anses som en viktig støttespiller i arbeidet med folkehelsen, og samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å kunne analysere helseutfordringene, kunne være rådgivende og komme med forslag til tiltak.

Helse- og omsorgsdepartementet har den 8.april 2011 lagt fram en proposisjon til Stortinget med forslag til ny lov om folkehelsearbeid m.m. Det er presentert i hovedinnholdet, at det viktig at den nye lovgivningen gjøres tverrsektoriell (alle sektorers virksomhet har innvirkning på folkehelsen). ⁸⁷

11 REGJERINGENS FORSLAG TIL NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN (2011 – 2015)

Høringsfristen gikk ut den 18.01.11, men den 1.april 2011 er det ikke lagt fram melding til Stortinget om ny nasjonal helse- og omsorgsplan.

Hovedmålsettingen med samhandlingsreformen er å få et så likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester til alle uansett diagnose, bosted, økonomi, livssituasjon, kjønn og etnisk bakgrunn. Nasjonal helse- og omsorgsplan skal vise hvordan reformen skal gjennomføres og regjeringen ønsker at planen skal være et operativt redskap for

⁸⁷ Prop. 90 L (2010 – 2011) – Lov om folkehelsearbeid

prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester Planen skal videre være et strategisk verktøy for god politisk styring med helsetjenesten.

Den 8.april la departementet fram melding ⁸⁸ til Stortinget om nasjonal helse- og omsorgsplan. Der ble det presisert, at et hovedgrep i samhandlingsreformen er å utvikle kommunenes rolle slik at de kan håndtere forebygging og tidlig innsats i helsearbeidet.

12 VURDERING/ KONKLUSJON

Hvordan vil pasientens rettigheter til spesialistbehandling bli etter samhandlingsreformen, og hvordan vil reformen kunne påvirke ventelistegarantien. Samhandlingen av helsetjenestene skal ifølge departementet gå skrittvis fram, og reformen vi bli gjennomført fra 2012. Det vi bli et forpliktende samarbeid mellom kommune og stat, slik vi ser at det også er gjennomført i NAV. En av de viktigste oppgavene for NAV er å få de som er utenfor arbeidslivet og de sykemeldte raskest mulig tilbake til jobb og i aktivitet.

Det kommer fram av stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, at mye av informasjonsflyten skal være medisinske og sensitive opplysninger. NAV har lange tradisjoner med å behandle *sensitive opplysninger*, og vil vel også av den grunn kunne være en *sentral bidragsyter for å koordinere oppgaver* i forhold til den nye reformen.

Samhandlingsreformen er omfattende og vil påvirke ventelistegarantien, selv om det ikke skulle komme noen ny bestemmelse. Nå er det ikke kommet noen ny lov som regulerer mange av de områdene som omtales i St. melding nr 47. (2008 – 2009). På den måten er det litt vanskelig å være helt konkret, men regjeringen ønsker en mer helhetlig pasientbehandling. Kommunene vil få plikt til å avhjelpe noen av de oppgavene sykehusene har idag. Kostnadene for de utgiftene kommunene nå får, vil etter alt å dømme bli overført til kommunene. Spesialisthelsetjenesten får bedre muligheter til å kunne konsentrere seg om sine satsningsområder og vil kunne få en positiv effekt og bli bedre på det.

Problemstillingene som kom fram i høringsnotatet til den nye kommunale helse- og omsorgsloven vedrørende ventetid på vurdering, behandling hos spesialist og fristbrudd, så synes det tydeligvis å være noe å hente på å kunne være rask med vurderingen. *Da*

⁸⁸ Meld. St. 16 (2010-2011) om nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015).

vurderingen idag må gjøres raskt, på grunn av de pasientene som må få prioritert helsehjelp, vil en anta at den endelige vurdering for alle pasientene kan utføres med en gang. Ventetiden på behandling vil bli kortere, og den tidsbruken som går med for spesialisten på å vurdere, vil bli mindre. Resultatet av dette vil kunne komme pasientene og samfunnet til gode, og systemet med ventelister og garanti blir mer effektivt.

LITTERATURLISTE

Lover

Arbeids- og velferdsforvaltningsloven, 16.juni 2006 nr. 20

Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, 18.desember 2009 nr. 131

Lov om helsepersonell, 2.juli 1999 nr. 64

Lov om pasientrettigheter, 2.juli 1999 nr. 63

Lov om helsetjenestene i kommunene, 19.november 1982 nr. 66

Psykisk helsevernlov, 2.juli 1999 nr. 62

Spesialisthelsetjenesteloven, 2.juli 1999 nr. 61

Forvaltningsloven, 10.februar 1967

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 2.juli 1999 nr. 62

Forskrifter

Forskrift 1.desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd

Forskrift om individuell plan i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen §§ 28 og 33 og etter arbeids- velferdsforvaltningsloven § 15, dat. 19.nov. 2010

Forskrift om individuell plan i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, psykisk helsevernloven § 4-1, sosialtjenesteloven § 4-3a og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 dat. 23.desember 2004

Forskrift om ventelisteregistering dat. 7.des. 2000 med hjemmel i lov av 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-4, jfr. lov av 15.juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. §53.nr.12. Endret 18.des 2001 nr. 1577 (bl a hjemmel) 31.august 2004 nr. 1227

Forarbeider

Innst. O. nr. 23 (2003-2004) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter.

Innst.O. nr. 91 (1998-99) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter

Innst. S. nr. 165 (1994-95) Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste

NOU 1992:8 Lov om pasientrettigheter

NOU 2005:03 Fra stykkesvis til helt. En sammenhengende helsetjeneste

NOU 2010:13 Arbeid for helse

Ot.prp. nr. 10 (1998-99) ov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Ot.prp. nr. 12 (1998 – 99) Lov om pasientrettigheter

Ot.prp. Nr 63 (2002 – 2003) Lov om endringer i lov 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

Prop. 90 L (2010 – 2011) Lov om folkehelsearbeid

Prop. 91 L (2010 – 2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Prop. 1 S (2010 – 2011) for budsjettåret 2011.

St.meld. nr. 50 for (1993 – 94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste

Meld. St. 16 (2010-2011) om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015).

Internett

www.helfo.no

www.regjeringen.no

Litteratur

Thorstein Eckhoff, Rettskildelære, 5.utgave ved Jan E.Helgesen

Asbjørn Kjønsdal, Helserett (2007)

Aslak Syse , Pasientrettighetsloven med kommentarer (2009)

Avisartikkel:

Aftenposten